

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ D'UN MEDICAMENT

(esporàdic o de llarga durada)

Sota la meua responsabilitat sol·licito que li administreu al meu fill/a la meua filla

Nom i Cognoms:

Classe:

la següent medicació:

Nom:

Dosi:

Horari: a les.....hores i a les.....hores

Calendari: des del dia..... fins al dia.....

durant tot el curs

Indicada pel pediatre Dr/a.....

Per un diagnòstic

de.....

Signat

Nom i cognoms:

Barcelona, adede 20.....