



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

En/Na _____ amb DNI _____ pare/mare de l'alumne/a _____ de _____ curs, autoritza que li sigui administrat a l'escola el medicament _____ que entrego al tutor/a, amb una dosi de _____.

	dia _____	del mes de _____	_____ hores
	del _____ al _____	del mes de _____	_____ hores

CAL ADJUNTAR LA RECEPTA DEL METGE

Signatura pare/mare



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

En/Na _____ amb DNI _____ pare/mare de l'alumne/a _____ de _____ curs, autoritza que li sigui administrat a l'escola el medicament _____ que entrego al tutor/a, amb una dosi de _____.

	dia _____	del mes de _____	_____ hores
	del _____ al _____	del mes de _____	_____ hores

CAL ADJUNTAR LA RECEPTA DEL METGE

Signatura pare/mare