



## AUTORITZACIÓ SUBMINISTRAMENT MEDICAMENTS

L' Hospitalet, \_\_\_\_d\_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_

En/na \_\_\_\_\_ amb  
DNI \_\_\_\_\_, com a pare/mare o tutor/a, autoritzo al  
responsable del meu fill \_\_\_\_\_ a subministrar el  
medicament següent seguint les instruccions que a continuació concreto,  
durant les activitats escolars.

**Nom del medicament** \_\_\_\_\_

**Tipus d'aplicació** \_\_\_\_\_ **Dosi** \_\_\_\_\_

**Horari** \_\_\_\_\_ **Durada del tractament** \_\_\_\_\_

(Adjunto recepta mèdica)

**Signatura de la mare/pare**



## AUTORITZACIÓ SUBMINISTRAMENT MEDICAMENTS

L' Hospitalet, \_\_\_\_d\_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_

En/na \_\_\_\_\_ amb  
DNI \_\_\_\_\_, com a pare/mare o tutor/a, autoritzo al  
responsable del meu fill \_\_\_\_\_ a subministrar el  
medicament següent seguint les instruccions que a continuació concreto,  
durant les activitats escolars.

**Nom del medicament** \_\_\_\_\_

**Tipus d'aplicació** \_\_\_\_\_ **Dosi** \_\_\_\_\_

**Horari** \_\_\_\_\_ **Durada del tractament** \_\_\_\_\_

(Adjunto recepta mèdica)

**Signatura de la mare/pare**