



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 còpia de la 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 còpia de la recepta mèdica)

Signatura de la mare/pare