



AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS AMB RECEPTE MÈDICA

En/Na _____
amb DNI/NIE/Passaport Núm. _____ com a
pare/mare/tutor o tutora de l'alumne/a
_____ /

AUTORITZO

A la tutora o a la direcció del centre a administrar al meu fill/a el següent medicament:

Nom del medicament: _____
Dosis: _____
Hora d'administració: _____

S'adjunta recepta mèdica

Signatura,

Barcelona, ____ de _____ de 20__

