



FULL D'AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS.

En/na _____
amb DNI n. _____ com a pare, mare o tutor de l'alumne:
_____ del curs _____

AUTORITZO els mestres i monitors de l'Escola Els Pinetons, per tal que administrin el següent medicament:

Nom del medicament _____

Format _____ Dosi _____

Horari d'administració del medicament _____

Durada del tractament:

- Des de el dia ____ / ____ / ____ fins al dia ____ / ____ / ____

Observacions:

Nota: Aquest full ha d'anar acompanyat de recepta mèdica.

Signatura (Pare, mare o tutor/a)

La Garriga, ____ a _____ de 20__.