



AUTORITZACIÓ PER A L' ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

El / la Sr. / a amb DNI
com a pare / mare o tutor de l'infant
de l'aulaautoritzo a l'escola bressol L'Alzina
a administrar la següent medicació tal com s'indica a continuació:

⇒ Nom del medicament : _____

⇒ Dosi : _____

⇒ Hora : _____

⇒ Dia d'inici : _____

⇒ Dia de finalització : _____

⇒ Observacions :

SIGNATURA:

NOTA.- Recordeu que aquesta autorització només serà vàlida si adjunteu l'autorització del metge o la recepta mèdica de la medicació.

Santa Eulàlia de Ronçana, de de 201....