

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____, com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____ del curs de _____, autoritzo que el personal de l'Escola Catalònia doni al meu fill/a la medicació indicada a continuació, ja que és imprescindible fer-ho dins de l'horari lectiu.

NOM DEL MEDICAMENT	DOSI	HORARI	DURADA

Observacions:

Barcelona, ____ d _____ de 20__

Signat *(pare, mare o tutor/a)*