

AUTORIZACIÓ SIGNADA PER :

L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS ALS NENS DE MENJADOR

NOM ALUMNE/A _____

ESCOLA _____ CURS _____

RAÓ PER LA QUAL SE LI DONA

DOSIFICACIÓ _____

HORARI _____

TEMPS DURANT EL QUAL SE L'HA DE PRENDRE _____

*QUALSEVOL MEDICAMENT HAURÀ DE PORTAR EL NOM DEL ALUMNE/A CLARAMENT ESCRIT A L'ENVÀS.
* JUNT A AQUEST FULL HEU DE PORTAR LA RECEPTA MÈDICA.

SIGNATURA :

PARE

MARE

TUTOR DEL CURS

DATA D'ENTREGA DEL FULL D'AUTORITZACIÓ

DIA _____ DE _____ DE _____ -