



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS Curs 2018-2019

A l'atenció de la direcció del centre

Jo,..... amb
DNI/NIE....., mare/pare/tutor legal de
l'alumne/adel curs
autoritzo a la tutora/ mestres especialistes/ direcció del centre que puguin
administrar el medicament
amb dosi..... cada.....hores.

IMPORTANT: imprescindible adjuntar informe mèdic on consti el nom de l'alumne/a, el nom del medicament i la pauta.

Signat,

Pare/mare o tutor/a legal

Cornellà de Llobregat, a de de 2018