



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT

En/Na _____ amb DNI _____,
autoritzo que el/la tutor/a del/de la meu/meva
fill/a _____

li administri la següent **Medecina:**

- Nom _____
- Quantitat _____
- Horari _____
- Durada _____
- Observacions:

Signatura:

Ulldecona, _____ de _____ de _____

NOTA: Aquest document ha d'anar acompanyat de la corresponent recepta mèdica o informe del metge o metgessa on consti el nom de l'alumne/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre.

Els medicaments han d'estar dins del seu envàs original, degudament identificats amb el nom de l'alumne/a.