

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

• **Sol·licitud d'autorització**

En/Na _____,

amb D.N.I. número _____, autoritzo i

demano a l'escola, si us plau, que li sigui subministrat

a l'alumne _____

el següent medicament _____.



• **Posologia**

Dosi: _____.

Horari: _____.

Durada del tractament: _____.

Observacions:

Signatura de la persona que ho demana:

Vilassar de Mar, a ____ de _____ de 20__.