

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 _____ el

següent _____
medicament _____.



Posologia

Dosi: _____ .

Horari: _____ .

Durada del tractament: _____ .

Observacions:

Signatura de la persona que ho demana:

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