



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo _____ mare/pare/tutor/a de
l'alumne/a _____, de _____ curs,
autoritzo, sota la meva responsabilitat, al mestre/a, tutor/a, monitor/a de l'escola
Alexandre Galí a administrar la medicació al meu fill/a segons la pauta indicada per
prescripció mèdica.

Hora que ha de prendre el medicament: _____

Dosi: _____

Període: _____

Signatura:

Barcelona, ____ de _____ de 20__