



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

Jo mare/pare/tutor/a de
l'alumne/a, del 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 la medicació:.....

Dosi:

Període:

Signatura pare / mare / tutor/a

Barcelona, ____ de _____ de 20__

Atenció: Cal portar la recepta del/de la metge/ssa