

**AUTORITZACIÓ
PER A L'ADMINISTRACIÓ DE
MEDICAMENTS A L'ALUMNAT**

Data de lliurament del full d'autorització

Dia _____ Mes _____ Any _____

Nom _____ Cognoms _____ Curs _____

Nom del medicament: _____

Horari	Dosificació	Ha d'estar al frigorífic
_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Inici del tractament	Finalització del tractament
_____	_____

Qualsevol medicament haurà de portar el nom del nen/a clarament escrit a l'envàs.

Signatura

Pare / Mare / Tutor