

AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

En/na amb DNI
..... pare, mare o tutor legal demano i autoritzo a la tutora
i/o monitora del menjador a administrar al meu/va
fill/a.....el següent
medicament:

Nom del medicament.....

Dosi.....

Horari.....

Inci del tractament .../.../....

Final del tractament .../.../....

Data:

Signatura

AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

En/na amb DNI
..... pare, mare o tutor legal demano i autoritzo a la tutora
i/o monitora del menjador a administrar al meu/va
fill/a.....el següent
medicament:

Nom del medicament.....

Dosi.....

Horari.....

Inci del tractament .../.../....

Final del tractament .../.../....

Data:

Signatura