



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