



## AUTORITZACIÓ MEDICAMENT

En/na ..... amb DNI  
..... pare, mare o tutor/a legal 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 .../.../.....

Signatura

Sant Celoni, a            de            de 20