



FULL D'AUTORITZACIÓ MÈDICA

En/Na _____ com a pare/mare/tutor de l'alumne/a
_____ de curs _____ autoritzo que se li subministri al
meu fill/a durant els dies _____ el següent medicament:

MEDICAMENT	DOSI	HORA

En el cas que s'hagi de subministrar més d'un dia, cal retornar el medicament?

SÍ

NO

Cal guardar-lo a la nevera?

SÍ

NO

SIGNATURA PARE/MARE/TUTOR