



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
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
fill/a.....

.....el següent medicament:

Nom del medicament.....

Dosi.....

Horari.....

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

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

Data:

Signatura