



Autorització Administració Medicació

Sr./ Sra. (pare / mare / tutor)

de l'alumne/a _____ nivell _____.

AUTORITZA a l'Escola _____ a administrar la
medicació en hores, dosi i dies detallats a continuació.

NOM MEDICAMENT: _____.

DOSI _____ HORA _____.

DIES O MOTIU ADMINISTRACIÓ: _____.

Pallars Jussà, _____ de 2019 / 2020

SIGNAT (pare / mare / tutor):