



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICACIÓ

Jo

amb DNI

com a pare/mare/tutor/tutora AUTORITZO a que la monitora corresponent del menjador administri al meu/meva fill/a

la següent medicació:

Nom medicament	dosi	Horari	Durada

Altres observacions i dades que la família considera important afegir:

*Cal adjuntar la recepta mèdica on s'especifiqui la dosis i durada del tractament.

Signat,