

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____, com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____ del curs de _____, autoritzo que el personal de l'Escola Magòria doni al meu fill/a la medicació indicada a continuació, ja que és imprescindible fer-ho dins de l'horari lectiu.

| NOM DEL MEDICAMENT | DOSI | HORARI | DURADA |
|--------------------|------|--------|--------|
| | | | |

Observacions:

Barcelona, _____ d _____ de 20__

Signat (pare, mare o tutor/a)