

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 col·legi Santa Dorotea 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)

*Recordeu que també és necessari un informe mèdic on consti el nom de l'alumne o alumna, el nom del medicament que ha de prendre i la pauta d'administració.