



FULL D'AUTORITZACIÓ DE MEDICACIÓ

Jo, amb DNI núm.....,
com a pare/ mare/ tutor/a de l'alumne,
del curs, autoritza a l'escola Balmes a administrar al nen/a el
següent medicament:

PRODUCTE:

DOSI:

HORARI:

DIA:

INDICADA PEL PEDIATRE: Dr.

PER UN DIAGNÒSTI DE:

L'escola queda totalment exclosa de responsabilitat pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar al nen/a.

NOTA: CAL ADJUNTAR RECEPТА MÈDICA

Signatura:

Data: