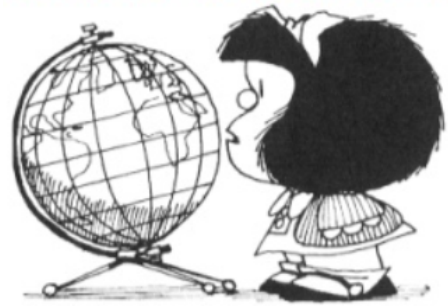


# AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

ESCOLA INFANTIL MAFALDA



Jo, .....

autoritzo a l'escola perquè pugui administrar al meu/meva

fill/a ..... de la classe ..... el medicament

següent:

NOM DEL MEDICAMENT .....

HORA .....

DOSI .....

DURADA DEL TRACTAMENT: DEL DIA .....

FINS AL DIA .....

És imprescindible que a l'envàs del medicament s'indiqui el nom de l'alumne, l'hora de l'administració i la dosi.

Barcelona, dia ..... del mes ..... de 20 .....

Signat,