



ESCOLA MATA DE JONC

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na/n'....., com a pare/mare/tutor/a

de l'alumne/a.....del curs.....,

autoritz el personal del centre educatiu i l'alliber de tota responsabilitat a administrar al meu fill/a la meva filla el medicament següent segons la pauta prescrita, és imprescindible adjuntar un informe mèdic.

NOM DEL MEDICAMENT: _____

DIES EN QUÈ S'HA D'ADMINISTRAR: _____

DOSI: _____

Palma, _____ de/d' _____ de 20 _____

Signatura,