

AUTORITZACIÓ MEDICAMENT

Alumne/a _____

Nom medicament _____

Nom del metge _____

Quantitat/ Dosi :

Hora :

Durada del tractament :

Observacions :

El/la Sr./a.....amb DNI.....

demano i autoritzo a el/la mestre/a tutor/a del meu fill/a a donar la dosi de la medicació a dalt referenciada, fent extensiva aquesta autorització i delegant la potestat en les decisions que fóra convenient aplicar en cas d'urgència a l'Equip Pedagògic del Centre.

Signatura,

Granollers,d'/dede