

AUTORITZACIÓ

PER ADMINISTRAR MEDICACIÓ

Jo, _____ amb DNI _____ com a pare/mare/tutor/a

legal de _____ autoritzo al responsable del meu fill/a durant el Campus per a

que pugui administrar-li la següent medicació:

Nom del medicament: _____

Dosi: _____

Freqüència: _____

Moment en què s'ha d'administrar: _____

Observacions: _____

Aquesta autorització serà vàlida els dies _____

Data d'autorització:

Signatura:
