

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo,, amb DNI
com a mare / pare o tutor legal de l'alumne/a
del curs

Autoritzo al personal del Centre IE La Flor de Maig perquè administri (nom
del medicament)
seguint les pautes següents:

- Posologia:
 - Dosi:
 - Horari:
- Durada: (especificar els dies que cal administrar-ho):

I, perquè així consti, signo la present:

Barcelona, de de 20....

Nom i cognoms del pare / mare o tutor legal

*Cal adjuntar la pauta mèdica que avala aquest full