

AUTORITZACIÓ PEL SUBMINISTRAMENT DE MEDICACIÓ

El/la Sr./sra. _____

Amb D.N.I. _____

Coma pare/mare o tutor legal de l'alumne/a:

Curs i grup: _____

AUTORITZA

Al personal de l'AMPA de l'escola Purificació Salas per subministrar el medicament indicat de forma excepcional i tenint en compte les preinscripcions mèdiques pertinents, eximint-lo de qualsevol responsabilitat.

MEDICAMENT: _____

DOSIS A SUBMINISTRAR: _____

HORA D'ADMINISTRACIÓ: _____

LLOC I CONSERVACIÓ DEL MEDICAMENT: _____

Sant Quirze del Vallès, ___ d _____ de 20__

Signatura pare/mare o tutor legal

★ RECORDEU QUE ÉS INDISPENSABLE PRESENTAR LA CORRESPONENT RECEPТА MÈDICA, ON CONSTI EL NOM DEL MEDICAMENT, LA DOSIS A SUBMINISTRAR I EL NOM DEL DESTINATARI