

SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENT

Nom i Cognom del pare, mare o tutor/a:

DNI, Passaport, NIE:

Nom i Cognoms de l'alumne/a:

Nom del medicament	
Dosi o quantitat	
Hora	
Durada del tractament (dies)	
Lloc de conservació del medicament (Temperatura ambiental o frigorífic)	

ATENCIÓ! És obligatori adjuntar la recepta mèdica.

Autoritzo a subministrar el medicament esmentat.

Signatura

Palafrugell, _____ de 20____