

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)	

Autoritzo a subministrar el medicament esmentat.

Signatura

Palafrugell, _____ de 20 _____