



Autorització per a l'administració de medicaments



Nom de l'alumne:

Nom del medicament:

Dosi:

Horari:

DILLUNS							DIMARTS							DIMECRES							DIJOUS							DIVENDRES										
9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15

Jo, amb DNI pare/mare o tutor de l'alumne esmentat autoritzo l'administració del medicament amb la dosi i horari indicats per part del tutor o persona responsable en el moment de l'administració.

Palma, d'..... de 201...
Signatura pare/mare/tutor



Autorització per a l'administració de medicaments



Nom de l'alumne:

Nom del medicament:

Dosi:

Horari:

DILLUNS							DIMARTS							DIMECRES							DIJOUS							DIVENDRES										
9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15

Jo, amb DNI pare/mare o tutor de l'alumne esmentat autoritzo l'administració del medicament amb la dosi i horari indicats per part del tutor o persona responsable en el moment de l'administració.

Palma, d'..... de 201...
Signatura pare/mare/tutor



Autorització per a l'administració de medicaments



Nom de l'alumne:

Nom del medicament:

Dosi:

Horari:

DILLUNS							DIMARTS							DIMECRES							DIJOUS							DIVENDRES										
9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15	16	9	10	11	12	13	14	15

Jo, amb DNI pare/mare o tutor de l'alumne esmentat autoritzo l'administració del medicament amb la dosi i horari indicats per part del tutor o persona responsable en el moment de l'administració.

Palma, d'..... de 201...
Signatura pare/mare/tutor