



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Na / En: _____ amb el DNI _____

Mare/pare o tutor/a del nen/a _____

AUTORITZA

Al monitor/a a donar al seu fill/filla els següents medicaments:

Nom del medicament _____

Dosis / Quantitat _____

Horari _____

Del dia _____ al dia _____.

Signat pare, mare o tutor/a legal