

AUTORITZACIÓ PER AL SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS

En/Na _____, com a _____ de
(mare, pare, tutor/a)
_____, AUTORITZE al personal docent i no docent del
(nom de l'alumne/a)

Centre, a que subministren el/s medicament/s referit/s a continuació:

Nom del medicament					
Hora de subministrament					
Dosi					
Dies de subministrament	DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES

Així mateix, eximeix de tota responsabilitat a les persones que subministren aquest medicament, en cas que l'alumne/a presente algun tipus de reacció adversa.

Per a aquest efecte, signe aquesta autorització.



Signatura digital o Autofirma

Rafelguaraf, a ____ de _____ de _____