



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

A l'atenció de la directora de l'Escola José Echegaray

En/Na _____

amb DNI /PASSAPORT /ALTRES _____

(pare/mare/tutor) de l'alumne/a _____

de _____.

DEMANA i AUTORITZA que el personal del centre administri al seu fill/a

Medicament: _____

Dosis: _____

Hora: _____

Duració del tractament: _____

Aporta una recepta mèdica:

_____ SI

_____ NO

Martorell, _____ de/d' _____ de 20____

Signatura (pare/mare/tutor)