

Escola Edumar

Carrer Granada, 18
08860 Castelldefels
Tel. 93 665 09 81
a8043310@xtec.cat
www.escolaedumar.org

AUTORITZACIÓ MEDICACIÓ

En/Na _____ pare/mare/tutor/a de

l'alumne/a _____ d'Educació

Infantil/Primària, dóna autorització a l'Escola perquè li pugui ser subministrat el següent medicament:

_____ .

Hora d'administració: _____

Periodicitat: _____

Dosi a prendre: _____

Temps del tractament: des del dia _____ al dia _____ del mes de/d' _____ .

Signatura pare/mare tutor/a

Castelldefels, ____ de _____ de _____ .