



En/Na..... amb DNI nº.....
demano i autoritzo l'administració de la següent medicació o remei al
meu fill /filla:

Nom del nen/a:..... Nivell:

Medicament o remei:.....

Horari:

Dosi:.....

Ha d'anar a la nevera? SI NO

S'ha d'adjuntar la recepta mèdica en cas d'antibiòtic.
Cal que a la capsula del medicament o remei hi consti el nom del
nen/nena.

Terrassa.de de 20....

Signatura del pare o mare, tutor/a: