



AUTORITZACIO FAMILIAR PER A L'ADMINISTRACIÓ DE FÀRMACS

En/na _____

com a tutor/a i amb DNI o NIE _____

del nen/a _____

alumne/a del curs _____ a l'escola Eulàlia Bota

AUTORITZA

L'administració del fàrmac (nom) _____

Prescrit per el facultatiu _____

AMB LA DOSIFICACIÓ: _____

EL SEGÜENT HORARI: _____

Signatura:

Data: Barcelona,