

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo,,

amb DNI/NIE/Passaport..... pare/mare/tutor/a de

l'alumne/a.....

autoritzo a l'Institut Escola Coves d'en Cimany a subministrar al meu fill/a
els medicaments indicats (segons el document del metge prescriptor que
s'adjunta) per tal de subministrar en horari escolar.

Nom del medicament:.....

Dosi:.....

Hora/periodicitat:.....

Durada del tractament:.....

Barcelona, de 2025

Signat,

.....