



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS AMB RECEPTA MÈDICA

NOM I COGNOMS	
CURS	

En/na amb DNI
com a pare/mare tutor/a del nen/a
del grup de l'escola Lestonnac-L'Ensenyança,
sol·licita:

Que li sigui administrat el medicament prescrit en la recepta o informe del metge/metgessa que s'adjunta en el present document.

PRODUCTE	
DOSI	
DIA	
HORARI	

L'escola **Lestonnac-L'Ensenyança**, no assumirà cap responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar, un cop signada aquesta autorització per part del pare/mare, tutor legal del nen/a.

***Signatura i data
del pare/mare/tutor legal***