



AUTORITZACIÓ MEDICAMENT

Sota la meva responsabilitat, com a pare, mare o tutor legal de l'alumne/a

_____ del curs _____, autoritzo que el mestre/a tutor/a o persona responsable en aquell moment, administri al meu fill/filla, la següent medicació:

Producte: _____

Dosi: _____

Horari : _____ fins al dia : _____

L'Escola L'Era de Dalt, queda totalment exclosa de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signat:

Nom i cognoms _____

DNI/NIE _____

Tona, _____ de _____ de 20_____