

Educació Infantil, Primària i Secundària
CURS 2024-25

AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Data.....

En/Nacom a mare, pare o tutor/a

legal del nen/a

demano i autoritzo a l'escola FEDAC LLEIDA a administrar el següent

medicament:

Nom:

Hora:

Dosi:

Motiu:

Duració del tractament:

Cal nevera?

A l'hora lliuro: Recepta Informe mèdic

Signatura,

Recordeu que a la capsa del medicament ha de constar el nom de l'alumne, l'hora d'administració i la dosi.