

AUTORITZACIÓ MEDICAMENT – SERVEI DE MENJADOR

NOM ALUMNA/E.....CURS.....

NOM MEDICAMENT:.....

FORMAT xarop, sobres, pastilles.....

HORA D'ADMINISTRACIÓ:.....DOSI.....

DURADA DEL TRACTAMENT: des del dia.....fins al.....

S'HA DE GUARDAR A LA NEVERA? SÍ NO

El nom de l'alumne ha d'estar escrit a l'envàs.

S'HA DE RETORNAR? SÍ NO

S'HA DE LLENÇAR? SÍ NO

ADJUNTAR CERTIFICAT MÈDIC.

Jo.....autoritzo a la Monitora del menjador de l'Escola Joan Miró de Canovelles perquè administri el medicament al meu fill/meva filla.

Signat

Canovelles,de.....de 20