
Jo.....(nom i cognom del pare, mare o tutor).
Amb D.N.I n.....autoritzo a que l'educadora administri el
següent medicament al meu fill/a.....(nom del nen/a)
NOM DEL MEDICAMENT:.....
DOSI:.....a les.....hores. DATA D' INICI DEL
TRACTAMENT:
DURADA APROXIMADA DEL TRACTAMENT:dies
Signatura :

Jo.....(nom i cognom del pare, mare o tutor).
Amb D.N.I n.....autoritzo a que l'educadora administri el
següent medicament al meu fill/a.....(nom del nen/a)
NOM DEL MEDICAMENT:.....
DOSI:.....a les.....hores. DATA D' INICI DEL
TRACTAMENT:
DURADA APROXIMADA DEL TRACTAMENT:dies
Signatura :

Jo.....(nom i cognom del pare, mare o tutor).
Amb D.N.I n.....autoritzo a que l'educadora administri el
següent medicament al meu fill/a.....(nom del nen/a)
NOM DEL MEDICAMENT:.....
DOSI:.....a les.....hores. DATA D' INICI DEL
TRACTAMENT:
DURADA APROXIMADA DEL TRACTAMENT:dies
Signatura :

Jo.....(nom i cognom del pare, mare o tutor).
Amb D.N.I n.....autoritzo a que l'educadora administri el
següent medicament al meu fill/a.....(nom del nen/a)
NOM DEL MEDICAMENT:.....
DOSI:.....a les.....hores. DATA D' INICI DEL
TRACTAMENT:
DURADA APROXIMADA DEL TRACTAMENT:dies
Signatura :
