

Autorització per a l'administració de MEDICAMENTS

En/na: amb DNI:....., com a pare/mare/ tutor/a
(nom del pare/mare/tutor/a)

de l'alumne/a:..... del curs:.....,

autoritza al Col·legi Maristes Champagnat de Badalona per tal que administri el medicament

..... en la dosis i

en la temporalitat següent:

Signatura

Badalona,.....de.....de 20...

Autorització per a l'administració de MEDICAMENTS

En/na: amb DNI:....., com a pare/mare/ tutor/a
(nom del pare/mare/tutor/a)

de l'alumne/a:..... del curs:.....,

autoritza al Col·legi Maristes Champagnat de Badalona per tal que administri el medicament

..... en la dosis i

en la temporalitat següent:

Signatura

Badalona,.....de.....de 20...