



## SOL·LICITUD I AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICACIÓ

Sr./Sra.

(pare/mare/tutor) \_\_\_\_\_

de l'alumne/a \_\_\_\_\_ curs \_\_\_\_\_

SOL·LICITA I AUTORITZA a Escola Montessori a administrar la medicació en hores, dosis i dies detallats a continuació i segons l'informe mèdic adjunt.

NOM MEDICAMENT: \_\_\_\_\_

DOSI: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

DURADA TRACTAMENT: \_\_\_\_\_

MOTIU ADMINISTRACIÓ: \_\_\_\_\_

L'Hospitalet,

SIGNAT:

(pare/mare/tutor)