



SOL·LICITUD I AUTORITZACIÓ ADMINSTRACIÓ 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)