



AUTORITZACIÓ SUBMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS AMB PRESCIPCIÓ MÈDICA

Durant els dies cal que subministreu a l'infant

..... del grup, el següent medicament:

Hora d'administració	Nom del medicament	Dosi

En el cas que s'hagi de prendre més d'un dia, cal retornar el medicament cada dia? SI NO

Cal adjuntar la prescripció mèdica.

Signatura del pare/mare/tutor:

Telèfon de contacte : _____