



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS CEIP Roís de Corella. Gandia

Nom i cognoms alumne/a	
Classe i mestre:	
Nom del medicament Adjuntar recepta mèdica	
Dosi diària	
Forma d'administració	
Horari(encercleu o especifiqueu)	Abans de dinar després de dinar altres:
DATA D'INICI	
DATA D'ACABAMENT	
SIGNAT: En/Na com a pare/mare/tutor/a i amb DNI..... Signatura:	

- Entregar al tutor/a en cas d'usar aquest model.