

LLAR D'INFANTS PICAROL



AUTORITZACIÓ PER A SUBMINISTRAR MEDICAMENTS

Com a pare,mare,tutor/a de l' alumne.....

AUTORITZO a

A subministrar la dosi que s' especifica del medicament que el meu fill/a necessita

NOM DEL MEDICAMENT

DOSI:

HORA:

SIGNAT

LLAR D'INFANTS PICAROL



AUTORITZACIÓ PER A SUBMINISTRAR MEDICAMENTS

Com a pare,mare,tutor/a de l' alumne

AUTORITZO a

A subministrar la dosi que s' especifica del medicament que el meu fill/a necessita

NOM DEL MEDICAMENT

DOSI:

HORA:

SIGNAT