

PERMÍS D'AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS
Nom i cognoms del nen/a:
Nom del medicament:
Data:
Dosi:
Nombre de vegades i hores:
Durada del tractament:
Nom i cognoms de la persona autoritzant: Signatura
S'HA D'ADJUNTAR SEMPRE LA RECEPTA MÈDICA O L'INFORME DEL METGE