



AUTORITZACIÓ PER L' ADMINISTRACIÓ **PUNTUAL DE MEDICAMENTS**

Jomare/pare/tutor legal de
l'infant, AUTORITZO el personal de
la Llar d'infants Blancaneus a administrar el medicament següent, d'acord amb
la recepta i les indicacions mèdiques del pediatre:

- Nom del medicament.....
- Dosificació:.....
- Hora d'administració.....
- Durada del tractament:..... dies

Declaro que he entregat la recepta mèdica corresponent i que el medicament
porta l'envàs original amb el nom de l'infant.

A Torelló, de de 20.....

Signatura:.....