



COL·LEGI SAGRAT COR
GODELLA.- València

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na, _____ pare/mare de
l'alumne _____ autoritze
al professor _____

Per a administrar la medicació baix detallada al meu fill/a.

DATA: _____

MEDICACIÓ:

Nom:

Administració:

Signatura del pare/mare: