



FITXA DE MEDICACIÓ

Autoritzo a l'Escola l'Horitzó a dispensar:

a en/na.....

Nom del medicament:.....

Quantitat :

Durant els dies:

.....
.....
.....
.....
.....

A les següents hores:

.....hhhhh
--------	--------	--------	--------	--------

Signatura pare/mare,

Data.....