El Sr. /Sra. ………………………………………………………………...................... amb DNI ............................... autoritzo i demano a l’Equip Educatiu de l’Escola Bressol “Els Belluguets” que administrin al meu fill/a ................................................................................ el següent medicament:

NOM DEL PRODUCTE: ..........................................................

DOSI: .................................................................................

HORARI: .............................................................................

DURANT: .............................................................................

CAL GUARDAR-LO A LA NEVERA? Sí NO

L’ha receptat el pediatre/metge: ....................................................

Amb el diagnòstic: ........................................................................

Cornellà del Terri, a ..................................................................

Signat.

L’Equip Educatiu és compromet a portar a terme les instruccions que especifiqueu en aquest document, en el ben entès que hi ha moments organitzatius que no ens permeten assegurar al 100% el compliment de la seva administració (en aquest cas, us ho farem saber).