



**AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICAMENT.
LLARS MUNICIPALS D'INFANTS**

En/Na.....amb DNI.....com a
mare, pare o tutor/a del nen/a.....sol·licito que,
sota la meva responsabilitat i seguint prescripció mèdica, sigui administrat al
meu fill/a el següent medicament:

Nom del medicament: _____

Dosificació: _____

Horari d'administració: _____

Dies d'administració: _____

Nom del pediatre que l'ha receptat: _____

Diagnòstic: _____

Signat,

Vilafranca del Penedès,.....de.....de.....