



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS
MINCOLÒNIES 2018

Jo, _____ , amb DNI
_____ autoritzo als monitors i monitores de l'Esplai CEPITU a
administrar i donar al meu fill/a _____, aquest
medicament _____ ,per
_____ amb una dosi de
_____ cada _____ hores, durant _____

Pare/mare/tutor
Signatura

..... de març del 2018