Escola Barcelona

Consorci d'Educació de Barcelona
Generalitat de Catalunya
Ajuntament de Barcelona

PER TAL DE PRENDRE UNA MEDICACIÓ:

En/Na .....

amb DNI ..... i telèfon de contacte .....

DEMANO que administreu al nen/a .....

alumne/a de ..... curs de l'Escola:

Medicament: .....

Dosi: .....

Freqüència: .....

Temps: .....

Barcelona, ... de ..... de 20 .....

Signatura

Cal adjuntar una còpia de la prescripció mèdica .