

En/na _____

com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____

Autoritzo i demano, sota la meva responsabilitat, que el personal de Paidos doni al meu fill/a la següent medicació:

Nom del medicament: _____
Dosi: _____
Horari: _____
Calendari: Del dia _____ al dia _____
Indicada pel doctor/a _____
Per un diagnòstic de _____

Tant Paidos com el personal de l'activitat que té cura de l'alumne/a quedarà totalment exclòs de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura:

DNI:

Nota: Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament complimentada, i la recepta o informe del metge o metgessa on hi consti el nom de l'alumne/a, Paidos no administrarà cap medicació.