

## AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na \_\_\_\_\_, amb DNI  
\_\_\_\_\_, en la condició de mare, pare o tutor/a legal de  
\_\_\_\_\_ autoritzo que, sota la meua  
responsabilitat i seguint prescripció mèdica, sigui administrat al meu fill o la meua filla el  
medicament següent:

- Nom del medicament: \_\_\_\_\_
- Dosificació: \_\_\_\_\_
- Horari d'administració: \_\_\_\_\_
- Dies d'administració: \_\_\_\_\_
- Nom del pediatre/a que l'ha receptat: \_\_\_\_\_

**CAL AFEGIR LA RECEPTA O INFORME MÈDIC ON CONSTI EL NOM DEL  
MEDICAMENT I LA PAUTA A SEGUIR**

Signatura del mare, pare o tutor/a legal:

Vilafranca del Penedès, \_\_\_\_\_ de/ d' \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.