



**ESCOLA MUNICIPAL D'EDUCACIÓ
ESPECIAL CAN VILA**

08100-MOLLET DEL VALLÈS
Tel. 93 570 56 20
<http://www.canvila.org>
ceecanvila@xtec.cat

FULL DE MEDICACIÓ PUNTUAL

Jo, amb DNI,
pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a,
autoritzo al personal de l'Escola d'Educació Especial Can Vila, l'administració de la següent
medicació prescrita pel Dr/Dra....., del CAP / Hospital de
..... :

NOM MEDICAMENT	DOSI	HORA	DURADA DEL TRACTAMENT

Data:

Signatura:



**ESCOLA MUNICIPAL D'EDUCACIÓ
ESPECIAL CAN VILA**

08100-MOLLET DEL VALLÈS
Tel. 93 570 56 20
<http://www.canvila.org>
canvila@canvila.org

FULL DE MEDICACIÓ PUNTUAL

Jo, amb DNI,
pare/mare/tutor legal de l'alumne/a,
autoritzo al personal de l'Escola d'Educació Especial Can Vila, l'administració de la següent
medicació prescrita pel Dr/Dra....., del CAP / Hospital de
..... :

NOM MEDICAMENT	DOSI	HORA	DURADA DEL TRACTAMENT

Data:

Signatura: