



Llar d'infants Pessigolles

Castelldefels a ____/____/____

El niño/a _____

debe tomar el fármaco

por prescripción médica (IMPRESINDIBLE: adjuntar la receta o fotocopia de la misma).

La dosis es _____

Otras informaciones que creo importantes que conozcáis son:

*Asumo toda la responsabilidad de los posibles efectos adversos que puedan aparecer tras la administración de dicho fármaco, siguiendo la prescripción médica.

Firma padre/madre o tutor autorizado
(IMPRESINDIBLE)
