



## ESCOLA BRESSOL RODA RODA

Av. Francesc Macià, 31

08640 Olesa de Montserrat

Tel. 937787449

rodaroda@rodaroda.cat

Jo \_\_\_\_\_ amb DNI i com a pare/mare de  
\_\_\_\_\_ autoritzo a l'Escola Bressol Roda a administrar el medicament  
següent:

Nom del medicament:	
Hores:	
Dosi a donar:	
Durada del tractament (data d'inici i finalització):	

Data:

Signatura: