



**Cererea părinților/reprezentanților legali ai preșcolarului  
privind administrarea de medicamente pe bază de rețetă medicală**

Subsemnatul/Subsemnata ..... dau  
permisiunea personalului medical din Grădinița cu Program Prelungit nr. 21  
din Iași să îi administreze următorul medicament copilului meu .....

Denumirea medicamentului: .....

Doza aplicată: .....

Ziua/zilele în care se administrează medicamentul: .....

Ora/orele la care se administrează medicamentul: .....

Rețeta medicală: .....

Menționez că rețeta medicala este anexată la prezenta solicitare.

Numele și prenumele părintelui/reprezentantului legal: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Semnătura: \_\_\_\_\_



**Cererea părinților/reprezentanților legali ai preșcolarului  
privind administrarea de medicamente pe bază de rețetă medicală**

Subsemnatul/Subsemnata ..... dau  
permisiunea personalului medical din Grădinița cu Program Prelungit nr. 21  
din Iași să îi administreze următorul medicament copilului meu .....

Denumirea medicamentului: .....

Doza aplicată: .....

Ziua/zilele în care se administrează medicamentul: .....

Ora/orele la care se administrează medicamentul: .....

Rețeta medicală: .....

Menționez că rețeta medicala este anexată la prezenta solicitare.

Numele și prenumele părintelui/reprezentantului legal: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Semnătura: \_\_\_\_\_