



## **FULL D'AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI : \_\_\_\_\_

com a mare/pare/ tutor/a de l'alumne/a :

\_\_\_\_\_ de : \_\_\_\_\_

Demano i alhora autoritzo als mestres i personal de l'escola Dr. Sobrequés a administrar la medicació prescrita segons la pauta indicada en la recepta del metge.

Signat

Bescanó \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Recordeu que heu d'aportar la recepta del metge o metgessa on consti el nom de l'alumne/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre, sempre que sigui imprescindible la seva administració en horari lectiu.**