



Generalitat de Catalunya  
Departament d'Ensenyament

**Escola Pilarín Bayés**

Josep Mitats s/n  
08194 Les Fonts de Sant Quirze  
Tel. i Fax 93 784 38 41 – 93 784 23 84  
[ceip-pilarinbayes@xtec.cat](mailto:ceip-pilarinbayes@xtec.cat)

## AUTORITZACIÓ PEL SUBMINISTRAMENT DE MEDICACIÓ

Jo, en/na, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_,

pare/mare o tutor/a legal de l'alumne/a \_\_\_\_\_

autoritzo al personal del centre educatiu Pilarín Bayés per a què administri la següent medicació:

- Nom de la medicació \_\_\_\_\_
- Dosi que ha de prendre \_\_\_\_\_
- N° de vegades al dia que l'ha de prendre \_\_\_\_\_
- Hora que ha de prendre el medicament \_\_\_\_\_
- Durada del tractament \_\_\_\_\_

**És imprescindible** adjuntar la recepta en la qual s'especifica clarament la dosi, l'hora d'administració, la forma de conservació i la durada del tractament.

**Les famílies SÓN RESPONSABLES**

**de reposar aquell medicament que hagi de romandre a l'escola**

**ABANS QUE AQUEST CADUQUI**

El pare/la mare/ o tutor/a legal

Signatura

Sant Quirze del Vallès (Les Fonts) \_\_\_\_\_

