



AUTORITZACIÓ PER DISPENSAR MEDICAMENTS

..... amb DNI. n
Nom i cognoms del pare, mare, tutor o tutora nombre del DNI, Permís de Residència o Passaport.

AUTORITZO al/a la mestre/a del meu fill/a,
nom i cognoms del vostre fill o filla

o a la persona en qui delegui l'escola, per a dispensar el medicament que especifico a continuació, durant l'horari escolar, al menjador, i si cal també a les sortides escolars o a les colònies que realitzi.

Nom del medicament:	
Indicacions:	Dosis:
Observacions:	Signatura:

Roses, dede 2.00.....

Cal adjuntar còpia de la recepta mèdica o informe de prescripció del metge.
