



**AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS (cal adjuntar la recepta del metge a aquesta autorització)**

\_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_

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

autoritzo al CEIP Sant Cristòfol a l' administració, sota la meva responsabilitat, del següent medicament:

NOM MEDICAMENT \_\_\_\_\_

DOSI \_\_\_\_\_

HORARI \_\_\_\_\_

DATA INICI \_\_\_\_\_

DATA FINAL \_\_\_\_\_

SIGNATURA pare/mare/tutor

Premià de Mar, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_