



Generalitat de Catalunya  
Departament d'Educació  
**CEIP Ferran Agulló**

## ANNEX 2

En/Na.....pare, mare, tutor/a del/la  
alumne/a.....del curs.....

Sol·licita:

Que li sigui administrat el medicament.....  
amb les dosis següents.....a les hores.....  
durant els dies.....

Motiu d l'administració del medicament:.....  
.....

Molins de Rei, a..... de ..... de .....

(Signatura)