



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

Dades

Nom i cognom del pare o mare	DNI
Nom i cognom de l'alumne	Nivell

Sol·licito que el meu fill/a pugui prendre la medicació següent:

Medicament	Dosi o quantitat	Hora/es

I **autoritzo** el mestre o persona responsable a subministrar aquest medicament.

Signatura del pare o mare

Olesa de Montserrat, dde 20.....

Cal adjuntar la **prescripció mèdica** corresponent