



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

En / Na _____, com a pare / mare de

l'alumne/a _____ de la classe de _____ .

sol·licito que li sigui administrada la següent medicació al meu fill / a :

MEDICAMENT :

DOSI :

HORARI :

DIES :

Cal adjuntar la fotocòpia de la prescripció mèdica

Signatura dels pares

Viladecans, _____ d'/de _____ de 20