



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

Jo _____, amb NIF/NIE nº _____
com a pare/mare/tutor/a de l'alumne/a _____
del curs de _____,

AUTORITZO a l'escola a administrar la medicació que consta a la recepta o
receptes que s'adjunten.

Nom del medicament: _____

Dosi prescrita: _____

Administració (indicar a quina hora s'ha de prendre i cada quantes hores): _____

Data d'inici: _____

Data final: _____

Nom del medicament: _____

Dosi prescrita: _____

Administració (indicar a quina hora s'ha de prendre i cada quantes hores): _____

Data d'inici: _____

Data final: _____

I per a que consti als efectes oportuns signo la present,

SIGNATURA

Barcelona, ____ de _____ de 20____