

**AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS
D'EMERGÈNCIA**

En/na.....amb DNI.....

com a pare/mare, tutor/a de l'alumne/a.....

de la classe de

AUTORITZO que en cas de:

.....

.....

.....

.....

se li administri des de l'escola la medicació que us hem proporcionat:

Nom del medicament:

Dosi:

.....

Amb el benentès que immediatament es contactarà telefònicament amb la família perquè procedeixi a les accions sanitàries oportunes.

Signat,

Barcelona,de.....de 200..

Aquest document tindrà la vigència del curs actual