



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
CEIP JOSEP GUINOVART
C/. Camí Fondo de Ca n'Aimeric, 2
08860 CASTELLDEFELS
www.xtec.cat/ceipjosepguinovart

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

(Nom i cognoms).....,
autoritzo al professorat del meu fill / de la meva filla.....
a administrar el tractament que ha estat prescrit pel metge i amb la corresponent
autorització medica on consta l'horari i la dosis durant.....

Signatura,

Castelldefels de/d'..... de 20.....

-----✂-----



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
CEIP JOSEP GUINOVART
C/. Camí Fondo de Ca n'Aimeric, 2
08860 CASTELLDEFELS
www.xtec.cat/ceipjosepguinovart

AUTORITZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

(Nombre i apellidos).....,
Autorizo al profesorado de mi hijo/a
a administrar el tratamiento que ha estado prescrito por el médico y con la
correspondiente autorización médica donde consta el horario y la dosis
durante.....

Firma,

Castelldefels de de 20.....