



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

Dades personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor de l'alumne

Nom i cognoms de l'alumne/a

Nivell educatiu de l'alumne/a

Dades del centre

Nom

Autoritzo

El centre educatiu a administrar al meu fill/a el següent medicament, dins de l'horari escolar o de menjador, sota la meua responsabilitat i per preinscripció mèdica.

Nom Medicament

Dosis

Horari

Durada tractament

Del dia *al dia*

Lloc i data

Signatura del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

Observacions

(Cal adjuntar fotocòpia de la recepta o informe mèdic)