|  |  |
| --- | --- |
| LOGOGC | Generalitat de Catalunya  Departament d’Ensenyament  **Escola Germans Amat i Targa** |

**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 recepta mèdica**

Signatura pares

Viladecans, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d’/de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_\_