



### Autorització medicament

Jo .....  
com a pare / mare / tutor de l'alumne/a .....  
del curs ..... de l'Escola Farigola de Seva

DEMANO al centre que administri el següent medicament:.....  
Horari: ..... Dosis: .....  
Cal posar a la nevera: .....  
Cal tornar a casa: .....  
Durada del tractament: .....

**ADJUNTO LA RECEPTA O INFORME DEL METGE O METGESSA ON HI CONSTA:**

- **NOM DE L'ALUMNE**
- **NOM DEL MEDICAMENT**
- **PAUTA A SEGUIR**

Signatura

Seva, ..... de ..... de 20.....

*(cal que grapeu la recepta junt amb aquest full)*



### Autorització medicament

Jo .....  
com a pare / mare / tutor de l'alumne/a .....  
del curs ..... de l'Escola Farigola de Seva.

DEMANO al centre que administri el següent medicament:.....  
Horari: ..... Dosis: .....  
Cal posar a la nevera: .....  
Cal tornar a casa: .....  
Durada del tractament: .....

**ADJUNTO LA RECEPTA O INFORME DEL METGE O METGESSA ON HI CONSTA:**

- **NOM DE L'ALUMNE**
- **NOM DEL MEDICAMENT**
- **PAUTA A SEGUIR**

Signatura

Seva, ..... de ..... de 20.....

*(cal que grapeu la recepta junt amb aquest full)*