



## AUTORITZACIÓ MATERNA / PATERNA DE MEDICACIÓ

(seguint les instruccions per a l'organització i el funcionament dels centres educatius públics d'Educació Infantil i Primària)

Jo en/na ..... amb DNI nº .....  
(noms i cognoms del pare, mare o tutor)

com a pare, mare o tutor .....  
(noms i cognoms del nen/de la nena)

**Aportant recepta o informe del metge o metgessa** on hi consta la pauta i el nom del medicament que ha de prendre el meu fill/a.

**AUTORITZO** que el personal del centre administri la medicació prescrita, a sota indicada.

Medicament ..... Format .....

Hora/es d'administració ..... dosi .....

Durada del tractament des del dia ..... fins el dia .....

Cal guardar-lo a la nevera? .....

Vacarisses, ..... de/d' ..... de 20....

.....  
(signatura)