



AUTORITZACIÓ MEDICACIÓ AUTÒNOMA

En/Na
amb DNI pare/mare/tutor/tutora de l'alumne/a
..... que cursa actualment
..... a l'ESCOLA MAS BOADELLA de Sabadell.

SOL-LICITA:

Que li sigui administrada la medicació que consta a l'informe mèdic on s'especifiquen els següents aspectes:

- Diagnòstic mèdic
- Nom del medicament
- Posologia
- Horari en que se li ha d'administrar
- Durada del tractament

Per la qual cosa **AUTORITZO:**

Jo _____ amb DNI _____ i com a
mare, pare o tutor legal de _____, **autoritzo al
meu/meva fill/a que, durant les hores que estigui sota la responsabilitat de
l'escola, pugui administrar-se ell/ella mateix/a la medicació que precisa per
prescripció mèdica.** Així mateix, em comprometo a portar els certificats mèdics i
documents necessaris per a tal efecte.

Signatura del pare/mare o tutor/a

Sabadell, d..... de 20.....

*** Qualsevol medicament haurà de portar el nom de l'alumne/a clarament escrit a l'envàs.*