



## ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ A ALUMNES.

### FULL D'AUTORITZACIÓ PER AL CENTRE

En/na ..... amb DNI nº .....  
pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a .....  
del nivell ..... grup .....

**AUTORITZO** al personal del centre a subministrar el medicament detallat, durant els dies ..... al/la meu/meva fill/a.

Nom del medicament	Hora d'administració	Dosi	Necessita estar a la nevera?

NOTA: En cas que s'hagi de subministrar més d'un dia, cal retornar el medicament? Sí  No

Signatura pare/mare/tutor-a