



Generalitat de Catalunya  
Departament  
d'Ensenyament  
**Escola Bernat Metge**

C/ Jaume Casanovas, 171  
08820 El Prat de Llobregat  
Tel. 93 370 89 52  
Fax 93 370 89 52

## **AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

El Sr/a \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

Pare/mare/ o tutors/a de l'alumne/a:

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Nivell educatiu: \_\_\_\_\_

Autoritzo al centre educatiu : **ESCOLA BERNAT METGE**

a administrar al meu fill o filla la següent medicació:

medicament: \_\_\_\_\_ dosi de la presa \_\_\_\_\_

a les: \_\_\_\_\_ durant les següents dates: \_\_\_\_\_

tal com indica l'informe del pediatra que adjunto.

Assumeixo les conseqüències que se'n puguin derivar de l' esmentada medicació.

El Prat de Llobregat a \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signatura.