GENERALITAT DE CATALUNYA
DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT
ESCOLA MARIA-MERCÈ MARÇAL
C/ Pau Casals 15 25300 TÀRREGA
Tl: 973314306 - c5008790@ xtec.cat

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na_____amb DNI o passaport_____com a pare/mare/tutor/a de l'alumne/a_____

AUTORITZO A:
□ El/la mestre/a del meu fill/a: _____
□ El monitor/a del menjador del meu fill/a_____

A administrar el següent medicament _____
amb la dosis següent: _____
i en aquest horari: _____

En data:
____ d _____de 201__

Signatura pare/mare o tutor/a