

Camí de Sant Gervasi, s/n  
08800 Vilanova i la Geltrú  
Tel. 938 153 745  
Fax 938 155 373  
[ceipllebetx@xtec.cat](mailto:ceipllebetx@xtec.cat)  
[www.xtec.cat/ceipllebetx](http://www.xtec.cat/ceipllebetx)

## **AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN CAS D'AL·LÈRGIES A L'ESCOLA**

El/la Sr/a.....

pare/mare o tutor legal de l'alumne.....de l'aula de.....

AUTORITZA, sota la seva responsabilitat, l'administració per part de l'escola de la següent medicació al seu fill/a en cas d'un brot al·lèrgic.

NOM DEL MEDICAMENT:.....

DOSI:.....

OBSERVACIONS ( COM DETECTEM EL BROD AL·LÈRGIC):.....  
.....  
.....

I perquè així serveixi als efectes oportuns, signo el present document a la localitat de

....., el.....de.....de 20.....

Signat,

**IMPORTANT:** Cal facilitar el medicament al principi de curs al tutor/a.