

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 D'ALTRES MEDICAMENTS PUNTUALS 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.

NOM DEL MEDICAMENT:.....

HORARI DE LA MEDICACIÓ:.....DURANT ELS DIES:.....

DOSI:.....

OBSERVACIONS:.....

DATA:.....

Signatura

**IMPORTANT:** Cal adjuntar la prescripció mèdica a aquesta autorització.