



FULL D'AUTORITZACIÓ MÈDICA
PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ ESPORÀDICA curs 2023/ 2024

NOM ALUMNE:

Jo, _____ amb DNI/NIE núm.
 _____ com a pare/mare/tutor/a legal autoritzo al
 personal de l'escola (inclosos monitors d'autocar i de menjador), a
 administrar la medicació:

NOM DEL MEDICAMENT	DOSIFICACIÓ	HORA DE LA PRESA

Aquesta autorització serà vàlida per al curs 2023/2024,
 o des de ___ / ___ / _____ fins a ___ / ___ / _____.

Data: _____

Nom i cognoms:
 Signatura mare/pare/tutor/a

NOTA: És imprescindible per poder administrar la medicació que s'especifiquin totes les dades, i adjuntar la **recepta mèdica o una fotocòpia.**

Quan hi hagi un canvi de medicació o de dosificació caldrà fer el mateix procés.

