



FULL D'AUTORITZACIÓ MÈDICA
PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ ESPORÀDICA curs 2025/ 2026

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 2025/2026,

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.

