



CEE Vil·la Joana

Consorci d'Educació  
de Barcelona  
Generalitat de Catalunya  
Ajuntament de Barcelona

## AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICACIÓ AL CENTRE

Jo,

amb D.N.I.

com a pare, mare, tutor/a de

alumne/a del CEE Vil·la Joana,

### AUTORITZO

Al seu Tutor, Tutora, responsable del meu fill/a, a administrar la medicació relacionada al peu, seguint la pauta prescrita pel facultatiu que li fa el seguiment de la seva patologia:

*A su tutor, Tutora, responsable de mi hijo/a, a administrar la medicación relacionada al pié, siguiendo la pauta prescrita por el facultativo que le hace el seguimiento de su patología:*

**NOM DEL MEDICAMENT**

**HORES**

I em comprometo a comunicar al Centre, cada canvi al respecte de la medicació, per la seva correcta administració.  
Y me comprometo a comunicar al Centro, cada cambio al respecto de la medicación, para su correcta administración.

Signat:

Data: