



## ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS

En/Na .....

amb DNI/NIE .....

Com a pare/mare/tutor de l'alumne/a .....

**AUTORITZO** que li sigui subministrat el següent medicament dins de l'horari escolar o de menjador, sota la meva responsabilitat i per prescripció mèdica.

NOM MEDICAMENT: .....

DOSIS A ADMINISTRAR: .....

HORARI DE L'ADMINISTRACIÓ: .....

DIES PREVISTOS DE DURACIÓ DEL TRACTAMENT: .....

.....

L'escola Àngel Guimerà queda totalment exclosa de les responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Sant Andreu de la Barca a ..... de ..... de 20.....

Signatura pare, mare, tutor o responsable

(Cal adjuntar fotocòpia de la recepta o informe mèdic)