



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS

En/Na, amb DNI/NIE/passaport,
pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a del
nivell d

Demano li sigui administrat el medicament prescrit tal com s'indica a la recepta mèdica
adjunta, per la qual cosa:

Autoritzo al personal del centre educatiu a administrar el citat medicament.

| MEDICAMENT | DOSI | HORARI D'ADMINISTRACIÓ |
|------------|------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

L'Hospitalet de Llobregat, d de 20....

Signatura pare / mare / tutor/a legal

Lliurar al professor/a tutor/a del vostre fill/a