



AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICACIÓ

En/Na.....

amb DNI núm.....expedit a.....

que gaudeix de la pàtria potestat de l'alumne/a

.....

Autoritza a,

mestra/e o professional de menjador de l'escola Enric Casassas, a
administrar la medicació prescrita a l'esmentat alumne/a, ja que és
imprescindible la seva administració en horari lectiu o de menjador.

IMPRESINDIBLE:

Cal que adjunteu la recepta mèdica on consti **la dosi i l'hora** d'administració
del medicament.

Signatura pare / mare / o tutor/a legal

Sabadell, de/d' de