



**AUTORITZACIÓ PER SUBMINISTRAR MEDICAMENTS**

**Cognoms i nom del pare, mare o tutor/a legal**

.....

**AUTORITZO a qualsevol persona adulta del Centre a subministrar el medicament**

.....

(nom del medicament)

A l'alumne/a.....

Dosificació.....Horari.....

Dies.....

Sabent per part del metge que l'ha receptat, que aquest medicament pot ser subministrat per qualsevol persona que no sigui de l'àmbit de la medicina (ATS, metge, practicant...).

I eximint de tota responsabilitat al Centre en cas d'existir alteracions o crisis per part de l'alumne/a.

Data: .....

Signatura del pare, mare o tutor/a legal.