



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

Dades

Nom i cognom del pare o mare	DNI
Nom i cognom de l'alumne	Nivell

Sol·licito que el meu fill/a pugui prendre la medicació següent:

Medicament	Dosi o quantitat	Hora/es

I **autoritzo** que es subministri aquest medicament al meu fill o filla segons la **prescripció mèdica** corresponent, la qual adjunto amb aquesta autorització.

Signatura del pare/mare

Olesa de Montserrat , de /d'de 20.....