



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Escola Gerbert d'Orlhac
J.V. Foix, 34
Sant Cugat del Vallès
Tel: 93 5836713 Fax 93 5897701
A8059871@xtec.cat



Jo: pare/mare/tutor _____

amb DNI _____

autoritzo al personal del centre educatiu Gerbert d'Orlhac, que no són personal sanitari, que administri al meu fill/a menor d'edat _____

aquest medicament _____

Dosis	
Horari d'administració	
Durada del tractament	
Lloc de conservació	
Observacions	



Aquesta autorització ha d'anar acompanyada d'una còpia de l'autorització mèdica o informe mèdic corresponent .

Signatura del pare, mare o tutor

Sant Cugat, _____ de/d' _____ de 202_

Aquesta autorització eximeix de tota responsabilitat a l'escola, sobre els efectes que aquest medicament pugui causar en el seu fill/a.