



Autorització d'administració de medicament

Dades de l'alumne/a i del pare, mare o tutor/a

Nom i cognoms de l'alumne/a	Curs
Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a	DNI/NIE/Passaport

Autoritzo al professorat del centre i/o al personal del menjador a administrar el medicament que consta a la recepta mèdica adjunta.

Signatura del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

Vilanova i la Geltrú, ____ de ____ de 20 __