



En/na _____,
amb DNI _____, pare/mare de
l'alumna/e: _____

AUTORITZO A _____ per a
que administri el medicament _____
que per ordre facultativa del metge _____
s'ha d'administrar a les _____ hores, el/s dia/es _____.

Amb aquesta autorització l'escola no es fa responsable de les
reclamacions que puguin comportar l'administració del
medicament.

Cal adjuntar la prescripció mèdica.

Sabadell, a _____

Signatura del Pare/Mare

