



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na.....com a mare, pare o tutor legal de l'alumne/a.....del curs..... sol·licita que li pugui administrar al meu/va fill/a el medicament que més avall es descriu, en el ben entès que qualsevol responsabilitat que es pogués derivar d'aquest fet és assumida per mi. Adjunto recepta i/o informe mèdic.

Vallbona d'Anoia a de/d'.....de 202...

Mare, pare o tutor legal

(signatura)

<p>MEDICAMENT</p> <p>Nom del medicament.....</p> <p>Forma de presentació(pastilles, xarop, gotes)</p> <p>Quantitat:.....Periodicitat.....</p> <p>Durada del tractament.....</p> <p>Altres.....</p>

Aquesta autorització caldrà signar-la quan l'alumne/a hagi de prendre una medicació necessàriament en horari escolar. Aquest document haurà d'anar acompanyat de la prescripció mèdica corresponent.