



Generalitat de Catalunya Departament d'Educació
Escola d'Educació Infantil i Primària
La Floresta

Camí de Can Pagan, s/n
Sant Cugat del Vallès
08198
<https://agora.xtec.cat/ceip-lafloresta/>

AUTORITZACIÓ PER A DONAR MEDICAMENT

En/na amb DNI, pare/mare/tutor
de l' alumne**AUTORITZO** al
mestre/a/tutor/a a donar el medicament següent, del qual n'adjunto la recepta mèdica pertinent.

Nom del medicament:.....

Dosis a administrarhora

Els dies

Explicacions: (si són gotes pels nas , orals, si cal prendre-ho amb aigua...)

.....

.....

Sant Cugat del Vallèsde..... 20.....

Signat

Nota: Us agrairíem que, en la mesura que sigui possible, els medicaments no s'hagin de donar en horari escolar.