



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

DADES DE L'ALUMNE

Nom i cognom.....

Nivell.....curs escolar.....

En/Na.....amb DNI
 com a mare/ pare o tutor legal, autoritzo al personal del
 centre a administrar al meu fill/a la medicació que més avall es descriu, en el benentès
 que qualsevol responsabilitat que es pogués derivar d'aquest fet és assumida per mi.

Signatura del pare, mare o tutor/a legal

Vallirana, de de 20.....

MEDICAMENT	
Nom del medicament:	
Forma de presentació:	(pastilles, xarop, ...)
Forma d'administració:	
Quantitat:	
Periodicitat:	
Durada del tractament:	
Altres:	

IMPORTANT:

AQUEST FULL I EL MEDICAMENT CAL FER-LO ARRIBAR AL/LA TUTOR/A CORRESPONENT DINS D'UNA BOSSA I AMB EL NOM DE L'ALUMNE/A A FORA.