Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Escola Les Roques Blaves

Carrer dels Paraires, s/n
08292 Esparreguera
Tel. 93 777 64 46
a8059354@xtec.cat

Jo, _____ com a mare, pare o tutor/a legal

de: _____, agrairia que li administréssiu la

medicació següent:

Producte: _____

Dosi: _____

Horari: _____

Calendari: des del dia _____fins el dia _____

Indicada pel pediatra Dr._____

Recordeu que aquesta autorització ha d'estar **acompanyada de la recepta mèdica** i que l'escola queda exclosa de les responsabilitats que els efectes d'aquesta medicació pugui ocasionar.

Esparreguera, a _____

Signatura

DNI: