



Generalitat de Catalunya  
**Escola Lola Anglada**  
Manuel de Falla 5-7-9  
08950 Esplugues de Llobregat

El pare/mare/tutor/a.....  
autoritza el mestre/a del seu fill/a .....  
del curs ..... a administrar el següent medicament  
.....

Dosis \_\_\_\_\_

Hora presa \_\_\_\_\_

Si cal desar-ho en nevera.

No cal desar-ho en nevera.

Restarà en el centre.

Tornarà a casa.

Data: \_\_\_\_\_

*Signatura*

El pare, mare o representant legal de l'alumna/e és dipositari/a de la recepta del metge on hi consta el nom del medicament i les indicacions per al seu subministrament.