



AUTORITZACIÓ PEL SUBMINISTRAMENT DE MEDICACIÓ

Jo, en/na _____ amb DNI _____
tutor/a legal de l'alumne/a _____ de l'aula _____
autoritzo al personal del centre educatiu Miquel Martí i Pol perquè administri la següent
medicació:

- Nom de la medicació _____
- Dosi que ha de prendre _____
- Nº de vegades al dia que l'ha de prendre _____
- Hora que ha de prendre el medicament _____
- Durada del tractament _____

És imprescindible adjuntar la recepta o informe mèdic en la qual s'especifica clarament la dosi, l'hora d'administració i la durada del tractament.

Les famílies SÓN RESPONSABLES
de reposar aquell medicament que hagi de romandre a l'escola
ABANS QUE AQUEST CADUQUI

El/la tutor/a legal

Signatura

Viladecans a, ____ de ____ de 20__