



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Nom de la persona adulta que autoritza	
DNI	
Nom de l'alumne o alumna	
Curs	

AUTORITZO

Que el medicament que es detalla a continuació sigui subministrat a l'alumne o alumna pel personal del centre, en el ben entès que qualsevol responsabilitat es pogués derivar d'aquest fet és assumida per mi. Ajunto recepta o informe mèdic.

Nom del medicament	
Dosis a administrar a l'alumne	
Horari d'administració	
Durada del tractament (nº de dies)	

I, perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signo la present autorització:

Montornès del Vallès, ____ de _____ de 20_____

Sempre que sigui possible cal fer coincidir les preses de medicació en horari no lectiu. En cas de malaltia infecciosa i/o contagiosa, no podran assistir a l'escola: polls, grip, conjuntivitis, diarrea, febre.