



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT

En/Na com a
pare/mare/tutor/a de l'alumne/a.....
del curs,

AUTORITZO a:

..... mestre/a o monitor/a de
menjador, perquè administri al/a la meu/a fill/a el següent medicament (segons la
prescripció facultativa que s'adjunta):

NOM DEL MEDICAMENT:

DNI:

DATA:

SIGNATURA:

NOTA: recordeu que aquesta administració només s'ha d'encomanar a l'escola si no
és possible d'efectuar-la a casa abans o després de l'horari escolar.

I que en cap cas ha de ser el primer cop que l'alumne/a pren aquesta medicació.