

## AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICAMENTS

Jo, ..... amb DNI .....

mare, pare o tutor/a legal de l'alumne/a.....

autoritzo el personal del centre (mestre/a o monitor/a) a administrar al meu fill o filla la medicació  
indicada en la recepta adjunta.

I perquè així consti, ho signo.

Signatura

Viladecavalls, ..... de ..... de 20