



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____

amb DNI o passaport núm. _____

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

AUTORITZO

Al centre a administrar el següent medicament _____

_____ /

amb aquesta dosis _____ /

a les _____ hores, per prescripció facultativa.

Adjunt amb aquesta autorització i per tal que sigui vàlida **aporto la recepta o informe del metge** on hi consta:

- **el nom de l'alumne/a**
- **la pauta**
- **el nom del medicament**

I perquè així consti signo la present autorització.

Signatura

Pare/Mare/Tutor/a legal

Roda de Berà, a ____ de/d' _____ de 20 ____