



## SOL·LICITUD ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Alumne/a: ..... Curs: .....  
Nom i cognoms del pare o mare: ..... amb DNI / NIE:  
..... **AUTORITZO** l'administració dels següents medicaments als professionals del centre (mestres, monitoratge ...) amb aquesta autorització eximeixo l'escola de qualsevol responsabilitat sobre els efectes que l'administració del medicament pugui causar.

NOM MEDICAMENT	HORARI	DOSI	DIES

**És obligatori adjuntar còpia de la recepta i/o informe mèdic.**

Signatura \_\_\_\_\_ Esparreguera, ..... de ..... de 20....



## SOL·LICITUD ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Alumne/a: ..... Curs: .....  
Nom i cognoms del pare o mare: ..... amb DNI / NIE:  
..... **AUTORITZO** l'administració dels següents medicaments als professionals del centre (mestres, monitoratge ...) amb aquesta autorització eximeixo l'escola de qualsevol responsabilitat sobre els efectes que l'administració del medicament pugui causar.

NOM MEDICAMENT	HORARI	DOSI	DIES

**És obligatori adjuntar còpia de la recepta i/o informe mèdic.**

Signatura \_\_\_\_\_ Esparreguera, ..... de ..... de 20....