



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Escola Germans Amat i Targa

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

En/Na _____ com a pare/mare de
l'alumne/a _____ de la classe de _____
sol·licito que li sigui administrada la següent medicació al meu fill/a:

Medicament:

Dosi:

Horari:

Dies:

Cal adjuntar la fotocòpia de la recepta mèdica

Signatura pares

Viladecans, _____ d'/de _____ de 2 _____