

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

En/Naamb DNI
pare/mare/tutor/tutora legal de l'alumne.....
decurs.

EXPOSO que,

El/la meu/va fill/a necessita li sigui administrada la medicació que a continuació s'especifica,
ja que és imprescindible sigui dins l'horari escolar, la qual cosa està justificada per la
recepta i/o informe que s'aporta junt amb aquest escrit.

Nom del medicament

Pauta d'administració

Sent per això que,

DEMANO i AUTORITZO es facin les diligències oportunes per tal que el personal del
centre pugui dur a terme aquesta prescripció facultativa.

Signat,

Sabadell, de de