



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació

ESCOLA CAN RULL

Av. Lluís Companys, 61

08206 - Sabadell (Barcelona)

Tel.- 937161878

e-mail: escolacanrull@gmail.com

Web.- www.escolacanrull.com



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR

Jo, _____,
amb DNI/NIE/PASSAPORT _____, com a pare/mare/tutor/a
legal de l'alumne/a. _____,
del nivell: _____

AUTORITZO:

Que els/les mestres del centre administrin la següent medicació, segons informe mèdic presentat al centre, que ha de prendre l'infant en horari escolar.

Serà necessària l'autorització i la recepta mèdica.

<u>Nom del medicament:</u>	
<u>Dosi:</u>	
<u>Horari:</u>	

I, això ho faig constar als efectes oportuns.

Signatura pare/mare/tutor/a legal:

Sabadell, _____ d'de _____ de 202 _____