



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Escola Carrassumada
C/ La Canal, 20
25170 Torres de Segre (Lleida)
☎ 973796335

AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS ALS ALUMNES

Donat que el meu fill/a ha de prendre un medicament dins l'horari escolar o de menjador, sol·licito que s'administri d'acord amb les següents especificacions:

NOM DEL PARE/MARE/TUTOR/A		DNI	
NOM DE L'ALUMNE/A		CURS	
NOM DEL MEDICAMENT		DOSI	
DES DEL DIA:	AL DIA:	HORA	

Adjunto la recepta mèdica corresponent a aquest medicament.

DATA:

SIGNATURA