

SOL·LICITUD I AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

En/Naamb DNI.....

com a pare/mare o tutor de l'alumne/a

de la classe de

Sol·licito i autoritzo que li sigui administrada la següent medicació al meu fill/a:

Medicament.....

Dosi.....

Horari.....

Dia/dies.....

Signatura de direcció

Segell escola

Signatura pare/mare o tutor/a

Llinars del Vallès ade.....del 202....

**Cal adjuntar la fotocòpia de la prescripció mèdica.
És responsabilitat de les famílies comunicar al centre els
canvis de medicació.**