



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

En/Na

amb DNI..... com a pare/mare o tutor/a legal de l'alumne/a

.....

del curs..... autoritzo al personal de l'escola Els Pins a administrar al meu fill/a la
següent medicació (*):

DATA ADMINISTRACIÓ	HORA ADMINISTRACIÓ	NOM MEDICAMENT	DOSI D'ADMINISTRACIÓ

(*) Recordeu que aquesta autorització ha d'anar acompanyada d'un informe mèdic on consti el nom de l'alumne/a, el nom del medicament i la pauta d'administració, la qual ha de coincidir amb les dades que consten en aquest quadre superior.

Cornellà de Llobregat, de 202.....

Signatura del pare/mare o tutor/a legal

Sr/Sra.....