



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

(seguint les instruccions per a l'organització i el funcionament dels centres educatius públics d'Educació Infantil i Primària)

Jo en/na
amb DNI nº
(noms i cognoms del pare, mare o tutor)

com a pare, mare o tutor
(noms i cognoms del nen/de la nena)

Aportant recepta o informe del metge o metgessa on hi consta la pauta i el nom del medicament que ha de prendre el meu fill/a.

AUTORITZO que el personal del centre administri la medicació prescrita, a sota indicada.

Medicament

Format

Hora/es d'administració Dosi

Durada del tractament des del dia fins el dia

Cal guardar-lo a la nevera?

Vacarisses, de/d' de 20....

.....
(signatura)