



AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na, amb NIF núm.
com a pare/mare de l'infant que cursa
..... autoritza al personal del centre (mestres i monitores del menjador) a què
administrin al seu fill/a el medicament que es detalla a continuació, amb el benentès que tota la
responsabilitat que se'n pogués derivar és assumida per la persona sotasignant.

Granollers, ____ de _____ de 20__

SIGNATURA:

Medicament:

Hora d'administració: Dosi:

Tractament des del dia fins el dia

Cal guardar-lo a la nevera? Sí

MOLT IMPORTANT:

- Aquesta autorització ha d'anar acompanyada del corresponent informe o recepta mèdica.
- Cal que porteu el medicament directament a la tutora del vostre fill o filla.
- Si ha de prendre el medicament a l'hora del Menjador, cal que li doneu a la coordinadora de menjador.
- Hauríeu de procurar fer coincidir les preses de medicació fora d'horari escolar.