



Generalitat de Catalunya

Departament d'Educació

**Escola Horta Vella**

**Sol·licitud d'administració de medicaments a l'alumnat del centre**

---

**Dades de la mare, pare, tutora o tutor legal de l'alumne/a:**

---

DNI / NIE / Passaport

Cognoms i nom

---

Adreça

---

Localitat

Codi postal

---

Telèfons de contacte

Adreça electrònica

---

**Alumne/a:**

Cognoms i nom

---

Curs:

---

- Exposo que és imprescindible administrar la medicació en horari escolar.
- Sol·licito l'administració del medicament prescrit d'acord amb les pautes d'administració que consten a l'informe mèdic que adjunto (dosi, horari i durada del tractament).
- Autoritzo l'administració de la medicació per part dels professionals del centre.

---

Lloc i data

---

Signatura