



AUTORITZACIÓ DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS per part de professionals de l'escola.

En/Na , amb DNI

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

de la classe de.....

Autoritzo sota la meva responsabilitat que li sigui subministrat el següent medicament:

Nom medicament:

Quantitat:

Hora:

Altres informacions rellevants:

.....
.....
.....
.....

**ÉS IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR LA RECEPTA MÈDICA ON ES DETALLA LA
INFORMACIÓ PER PART DEL METGE.**

I perquè així consti la signo als efectes escaients.

Signatura del pare/mare/ tutor/a