



GENERALITAT DE CATALUNYA.  
Departament d'Ensenyament  
**Escola Josep Madrenys**  
C/ Pompeu Fabra,4  
Tel i Fax 972 47 32 86  
E-mail: ceipjosepmadrenys@xtec.cat  
<http://www.xtec.cat/ceipjosepmadrenys>  
**17 185 Vilobí d'Onyar**



## **AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

NOM I COGNOMS PARE: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ COM A PARE, MARE O TUTOR LEGAL  
DE L'ALUMNE \_\_\_\_\_ DEL CURS \_\_\_\_\_

DEMANA AL PERSONAL DE L'ESCOLA QUE SUBMINISTRI EL SEGÜENT MEDICAMENT A  
LES HORES INDICADES:

NOM MEDICAMENT: \_\_\_\_\_

QUANTITAT: \_\_\_\_\_

HORES: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

DATA I SIGNATURA DEL PARE, MARE O TUTOR QUE HO SOL.LICITA.