

## AUTORITZACIÓ PER DONAR MEDICAMENTS

Jo, ..... pare/mare/tutor legal de  
....., autoritzo al mestre/a o  
monitor/a de menjador del meu fill/a a donar el medicament prescrit pel metge,  
segons les instruccions següents:

- Nom i cognoms de l'alumne:
- DNI:
- Curs:
- Nom medicament que hem de subministrar:
- Dosi:
- Horari de la dosi:
- Data d'inici del tractament:
- Data de finalització del tractament:
- Cal posar-ho a la nevera:            SI            NO            (encerclar)
- Observacions:.....  
.....

Signatura del pare/mare/tutor legal

Vilanova del Vallès, ..... de .....de 20

***Aquest full l'heu de guardar a casa i entregar-lo al mestre/a, juntament amb la prescripció del metge, el dia que necessiteu que a l'escola administrem un medicament al vostre fill/a.***