



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo, _____, amb DNI _____
com a mare/pare/tutor legal de l'alumne/a _____ de
_____ (curs) autoritzo que des de l'Escola s'administri al meu fill/a:

- Medicament: _____
- Dosi: _____
- Hora d'administració: _____

Si es tracta d'un medicament prescrit per part del metge corresponent, cal entregar al tutor/a el certificat mèdic on hi consti la informació.

Em comprometo a mantenir informada l'Escola, si hi ha qualsevol canvi.

Signatura de la mare/pare/tutor legal,

Sabadell, _____ de _____ de 20 _____