Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Escola La Candela
Valls

AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICACIÓ AL CENTRE

(només en els casos que no es pot combinar amb l'horari familiar i sempre que esdevingui per prescripció mèdica)

Jo ..... amb DNI .....…….....

mare/ pare de l'alumne/a .....

autoritzo a l'escola a administrar la medicació (nom del fàrmac)

.....…….....

com expressa la recepta del facultatiu i que acompanya aquesta demanda, lliurant al centre de qualsevol responsabilitat pels efectes que l'administració de l' esmentada medicació pugui ocasionar al meu/ fill/a.

Signat

Valls, ... de..... de 202...

ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ A ALUMNES

NOM DE L'ALUMNE/A	CURS	PERSONA QUE LI ADMINISTRARÀ	DATA/HORA	DOSI