



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICACIÓ

En/ Na

amb DNI com a pare, mare o tutor/ a legal

de l'alumne/ a del curs

DEMANO i AUTORITZO al personal d'aquest centre educatiu que administri al meu fill/a la medicació prescrita pel metge:

NOM DEL MEDICAMENT	
DIES D'ADMINISTRACIÓ	
PAUTA (Hores d'administració o en cas de....)	

NOM DEL MEDICAMENT	
DIES D'ADMINISTRACIÓ	
PAUTA (Hores d'administració o en cas de....)	

☐ S'adjunta recepta mèdica i/o indicacions.

Signatura del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

Les Roquetes- Sant Pere de Ribes, a de de 20