



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

### **Dades de l'alumne o alumna i dels pares, mares o tutors/es legals**

Nom i cognoms de l'alumne/a

Data de naixement

Nom i cognoms de pare, mare o tutor o tutora legal de l'alumne o alumna

DNI/NIE/Passaport

Autoritzo que, sota la meva responsabilitat i seguint prescripció mèdica, sigui administrat al meu fill o la meua filla el medicament següent:

Nom del medicament: \_\_\_\_\_

Dosificació: \_\_\_\_\_

Horari d'administració: \_\_\_\_\_

Dies d'administració: \_\_\_\_\_

Nom del pediatre/a que l'ha receptat: \_\_\_\_\_

Diagnòstic: \_\_\_\_\_

**CAL AFEGIR LA RECEPTA MÈDICA AMB EL NOM DEL MEDICAMENT**

**I LA PAUTA A SEGUIR**

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

Sant Pere Molanta, \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20\_\_