

## AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

---

En/Na ..... pare/mare/tutor/a de  
l'alumne/a ..... del nivell  
educatiu .....

**DEMANO I AUTORITZO** a l'Escola Sant Antoni de Sant Vicenç dels Horts que el personal del centre administri, al meu fill/a, la medicació prescrita en la recepta/informe mèdic que adjunto.

*Aquesta autorització eximeix de tota responsabilitat a l'escola, sobre els efectes que aquest medicament pugui causar en el seu fill/a.*

Signatura del pare, mare o tutor/a legal

Sant Vicenç dels Horts, ..... de ..... de 202 .....

---

## AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

---

En/Na ..... pare/mare/tutor/a de  
l'alumne/a ..... del nivell  
educatiu .....

**DEMANO I AUTORITZO** a l'Escola Sant Antoni de Sant Vicenç dels Horts que el personal del centre administri, al meu fill/a, la medicació prescrita en la recepta/informe mèdic que adjunto.

*Aquesta autorització eximeix de tota responsabilitat a l'escola, sobre els efectes que aquest medicament pugui causar en el seu fill/a.*

Signatura del pare, mare o tutor/a legal

Sant Vicenç dels Horts, ..... de ..... de 202 .....

**AQUESTA AUTORITZACIÓ NO CAL ENTREGAR A L'ESCOLA, NOMÉS SI CAL ADMINISTRAR MEDICACIÓ.**