



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Escola Serraparera

Carrer Diagonal, 41
08290 Cerdanyola del Vallès
Tel. 93 6922742
a8028783@xtec.cat

Sol·licitud /Autorització per subministrar medicaments

En/na _____ amb DNI _____,

com a pare/mare/tutor de l'alumne _____

SOL·LICITO i AUTORITZO que els/les mestres del centre educatiu i, si s'escau, els monitors/es del menjador, subministrin al meu fill/a el següent medicament:

_____ Dosi i hora _____

Observacions:

Adjunto la recepta del metge

Signatura:

Cerdanyola del Vallès, de/d' de