



## Model d'autorització de subministrament de medicaments

En/na \_\_\_\_\_, com a \_\_\_\_\_ (mare, pare o tutor), de l'alumne/a \_\_\_\_\_ del nivell \_\_\_\_\_ amb DNI núm \_\_\_\_\_ autoritzo al professorat i el personal del centre a administrar al/ a la meu/meva fill/a el medicament \_\_\_\_\_ .

- Dosi \_\_\_\_\_
- Horari \_\_\_\_\_
- Dies \_\_\_\_\_.

Adjunto recepta mèdica

El Prat de Llobregat, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

Signatura del pare/mare/tutor