



## **AUTORITZACIÓ PATERNA I/O MATERNA PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT A L'ESCOLA**

En/na \_\_\_\_\_ pare mare i/o tutor/a de  
l'alumne \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
autoritza que se li doni aquest medicament a l'escola DINS L'HORARI ESCOLAR.

### **ÉS OBLIGATÒRI ADJUNTAR RECEPTA MÈDICA O NO SE LI ADMINISTRARÀ EL MEDICAMENT**

- ★ MEDICAMENT: \_\_\_\_\_
- ★ DOSI: \_\_\_\_\_
- ★ DATA/ES: \_\_\_\_\_
- ★ HORARI: \_\_\_\_\_

Sant Miquel de Fluvià, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Signatura pare, mare o tutor/a