



## Autorització d'administració de medicaments a un alumne/a

### Dades personals

---

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

---

DNI,NIE,Passaport

Relació amb l'alumne/a

Pare

Mare

Tutor/a

---

Nom i cognoms de l'alumne/

---

Nivell educatiu de l'alumne/a

**Autoritzo**

**Periode de validesa: curs 2023-2024**

---

A l'escola Víctor Català a administrar al meu fill/a la medicació següent:

Nom del medicament

---

Dosi

Horari

---

Durada del tractament

---

Cal que la família aporti la recepta o informe metge on consti el nom de l'alumne/a, el nom del medicament i la pauta d'administració

Lloc i data

---

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