



AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ MEDICACIÓ

En el cas que els vostres fills/es hagin de prendre algun medicament heu de presentar aquesta autorització degudament complimentada.

En/na _____

com a pare, mare o tutor/a del nen/a _____

Autoritzo a l'escola a administrar sota la meua responsabilitat, la següent medicació:

Nom del medicament

Horari

Dosificació

Període

Observacions

Nom del medicament

Horari

Dosificació

Període

Observacions

(Signatura)

DNI: _____

_____ , ____ d _____ de 202__

(Localitat i data)