



AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo..... amb DNI
..... com a pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a
..... del la classe

AUTORITZA:

Als/A les mestres de l'escola responsables del/a seu/va fill/a a administrar en horari escolar i extraescolar (sortides i colònies) el medicament que **s'especifica en la recepta o informe adjunts.**

Nom del medicament	
Dosis a administrar	
Horari d'administració	
Durada del tractament (nº de dies)	

I, perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signa la present autorització,

Signatura pare/mare/tutor/a legal

..... , a de de 20