



## AUTORITZACIÓ PER DONAR MEDICAMENT

En/Na..... amb  
 DNI ..... i com a pare/mare/tutor/tutora de  
 l'alumne/a.....  
 de l'ESCOLA TERESA DE PALLEJÀ

**AUTORITZO** al mestre/a, /tutor/a a donar el medicament següent, del  
 qual n'adjunto la recepta mèdica pertinent.

Nom del medicament:.....

Dosis a administrar..... hora .....

Els dies.....

Explicacions: ( si són gotes pel nas , orals, si cal prendre-ho amb aigua...)

.....  
 .....  
 .....

I per això adjunto recepta mèdica i signo aquesta autorització.

Signat, ..... Data .....

**Nota:** Us agrairíem que en la mesura possible els medicaments, sempre que  
 sigui possible, no s' hagin d'administrar en horari escolar.