



**AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS**

En/Na .....

amb DNI núm. .... com a pare, mare o tutor legal de

l'alumne/a .....de ..... curs

Autoritza:

Al/la mestre/a tutor/a del seu fill/a a donar-li el medicament que s'esmenta a continuació fent-se responsable el pare/mare/tutor legal de l'alumne en cas de produir-se efectes secundaris de qualsevol tipus per causa del medicament.

Nom del medicament	
Dosis a administrar	
Horari d'administració	
Durada del tractament (núm. de dies)	
Altres comentaris (si s'escau)	

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

Signat (pare/mare/tutor legal):

....., a ..... de ..... de 20.....



**AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS**

En/Na .....

amb DNI núm. .... com a pare, mare o tutor legal de

l'alumne/a .....de ..... curs

Autoritza:

Al/la mestre/a tutor/a del seu fill/a a donar-li el medicament que s'esmenta a continuació fent-se responsable el pare/mare/tutor legal de l'alumne en cas de produir-se efectes secundaris de qualsevol tipus per causa del medicament.

Nom del medicament	
Dosis a administrar	
Horari d'administració	
Durada del tractament (núm. de dies)	
Altres comentaris (si s'escau)	

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

Signat (pare/mare/tutor legal):

....., a ..... de ..... de 20.....