



Escola Joan Maragall  
Comunitat d'aprenentatge  
C/ Catalunya, 37  
08740 Sant Andreu de la Barca  
Telf. 93 682 97 83  
escmaragallsab@xtec.cat  
www.escolaj Joan Maragallsab.cat



## AUTORITZACIÓ PER DONAR MEDICAMENTS PUNTUALMENT

Jo, ..... amb DNI .....

pare, mare o tutor legal de l'alumne/a ..... de

.....curs.

**AUTORITZO** al mestre, personal d'acollida i menjador a donar el medicament següent del qual n'adjunto la recepta mèdica pertinent.

Nom del medicament:.....

Dosis a administrar:.....

Hora:..... Dies:.....

Explicacions (si són gotes, cal prendre amb aigua, és oral, etc.)

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

Signat,

Sant Andreu de la Barca a ..... de ..... de .....



Generalitat de Catalunya  
**Departament d'Educació**

**Escola Joan Maragall**

Comunitat d'aprenentatge

C/ Catalunya, 37

08740 Sant Andreu de la Barca

Telf. 93 682 97 83

escmaragallsab@xtec.cat

www.escolaj Joan Maragallsab.cat

