Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Escola Marquès de la Pobla
Passeig Miquel i Mas, 19
08786 CAPELLADES
Tel. 93 801 11 09
a8015430@xtec.cat

En/Na …….....……..

amb DNI: ..... com a pare/mare/tutor/tutora de l'alumne/a…….....……..…….....

...del curs …… demana i autoritza al personal de l' Escola Marquès de la Pobla que administri al meu fill/filla la medicació prescrita a la recepta adjunta el dia ..... de ..... la dosis: ..... aproximadament a les .....hores; ja que la seva administració és imprescindible dins de l'horari lectiu.

Capellades, …… de ..... de 20....

(signatura)