



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

El Sr/a _____ amb NIF _____
pare/mare/tutor/a de l'alumne/a:

Nom i cognoms: _____

Nivell educatiu: _____

Autoritzo al centre educatiu: _____

a administrar al meu fill/a el medicament _____

seguint l'informe del metge on consti el nom de l'alumne, el nom del medicament que ha de prendre i la seva pauta d'administració (adjuntar la còpia de l'informe en aquesta autorització)

Signatura del pare / la mare / o tutor/a

Vilanova del Vallès, a _____ de _____ de 20____