



## AUTORITZACIÓ DE DONAR UN MEDICAMENT DINS DE L'HORARI ESCOLAR

El Sr. \_\_\_\_\_ amb DNI número \_\_\_\_\_  
i la Sra. \_\_\_\_\_ amb DNI número \_\_\_\_\_  
com a pare/mare/tutor legal del nostre fill/a \_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ autoritzem a  
\_\_\_\_\_ (mestre/a-monitor/a) per a què pugui donar \_\_\_\_\_  
de dosi del medicament \_\_\_\_\_ a les \_\_\_\_\_ hores segons la prescripció mèdica del Dr./a  
\_\_\_\_\_ que la fa imprescindible. El subministrament de qualsevol medicament  
dins d'horari lectiu requereix: prescripció mèdica i aquesta autorització. Recordem que els medicaments no els podem deixar a  
l'abast dels infants.

Signatura.

Signatura pare/mare/tutor legal

Signatura pare/mare/tutor legal

Sant Feliu de Llobregat,