



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Escola Mn. Jacint Verdaguer

Avinguda Salvador Allende, 14-16
08940 Cornellà de Llobregat
Tel. i Fax 93 376 60 79
a8016392@xtec.cat
www.escolajacintverdguer.net

SOL·LICITUD SUBMINISTRAMENT MEDICAMENTS A L'ESCOLA

En/Na _____ com a pare, mare,
tutor/a legal de l'alumne/a _____
autoritzo al tutor/a del meu fill/a a subministrar els medicaments en les dosis i
hores a baix indicades.

Dades Medicament:

Nom _____ Dosi _____

Hora _____ Nombre de dies _____

Faig constar que eximeixo de tota responsabilitat al centre, dels efectes que
aquest medicament pugui causar al meu fill/a.

Cornellà de Llobregat, _____ de _____ de 20____

Signatura

Pare, mare o tutor/a legal