



## AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

En/Na.....amb DNI.....  
com a pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a.....  
del curs ....., **autoritzo** al professorat i monitors de menjador de l'escola Bora Gran  
a administrar la medicació prescrita pel metge.....  
al meu fill/a, ja que és imprescindible la seva administració en horari lectiu. Eximint el  
personal docent i no docent de l'escola de qualsevol incident derivat d'aquest fet.

Adjunto la recepta mèdica i/o l'informe mèdic que detalla la dosi, l'horari i el període en  
què cal subministrar el medicament.

Signat,

Pare, mare o tutor/a legal

Serinyà, .....de ..... de .....