

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

El/la Sr/a .....

Pare/mare de l'alumne/a ..... de..... curs.

AUTORITZA, sota la seva responsabilitat, l'administració a l'escola de la següent medicació al seu/seva fill/a.

Nom del medicament .....

Horari de la medicació ..... Durant els dies .....

Observacions:

.....

.....

Data : .....

Signatura pare/mare

ÉS IMPRESCINDIBLE ACOMPANYAR L'AUTORITZACIÓ DE LA RECEPTE MÈDICA