



Generalitat de Catalunya  
Departament d'Educació  
**Escola Charles Darwin**

Av. Pare Andreu de Palma, 30  
08820 El Prat de Llobregat  
Tel. 93 370 91 05  
a8042810@xtec.cat

En/Na ..... amb DNI  
número ....., com a pare/mare de l'alumne/a  
....., **AUTORITZO** a subministrar al/a la  
meu/meva fill/a la medicació que detallo a continuació:

NOM DEL MEDICAMENT:

POSOLOGIA:

HORA DE SUBMINISTRAMENT:

DIES QUE S'HA DE SUBMINISTRAR:

Signatura pare/mare

Data: