

AUTORITZACIÓ AL CENTRE PER ADMINISTRAR MEDICAMENTS A UN ALUMNE

Sr./a professor/a,

Per prescripció mèdica, el meu fill/a ha de prendre el següent medicament dins de l'horari lectiu. Us DEMANO i us AUTORITZO a administrar-li el medicament.

NOM DE L'ALUMNE/A: _____

CURS: _____

MEDICAMENT QUE HA DE PRENDRE PER PRESCRIPCIÓ MÈDICA [*] :

DOSIS: _____

CADA QUANT TEMPS: _____

DURANT QUANTS DIES: _____

OBSERVACIONS:

Viladecans, a _____ de _____ de 202..

NOM DEL
PARE/MARE/TUTOR: _____

NIF _____ SIGNATURA DEL PARE/MARE/TUTOR

[*] S'ha d'adjuntar còpia de la recepta i/o informe del metge