



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Escola EUGENI D'ORS

Plaça de l'Estació 2
43800 VALLS
Tel./Fax: 977 605 405
e3004633@xtec.cat

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____ amb DNI _____

pare/mare de l'alumne/a _____ de _____ nivell

AUTORITZA el/la mestre/a del seu/va fill/a

a administrar-li la següent medicació

amb les dosis:

tal com indica la **recepta mèdica que s'hi acompanya**.

Data:

Signatura: