

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

DADES PERSONALS

Nom i cognoms de la mare, pare o tutor/a de l'alumne/a

Relació amb l'alumne/a

☐ Mare ☐ Pare ☐ Tutor/a

Nom i cognoms de l'alumne/a

Nivell educatiu de l'alumne/a

☐ I3 ☐ I4 ☐ I5 ☐ 1r ☐ 2n ☐ 3r ☐ 4t ☐ 5è ☐ 6è

AUTORITZACIÓ

AUTORITZO, sota la meva responsabilitat, que el personal del centre docent doni al meu fill/a la següent medicació:

Nom del medicament

Dosi que cal administrar

Horari

Cal adjuntar còpia de la recepta mèdica

Lloc i data

Signatura de la mare, pare o tutor/a de l'alumne/a