

# AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ A L'ALUMNAT

En/Na ..... amb DNI .....  
com a pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a .....  
de ....., autoritzo sota la meva responsabilitat que el personal de l'escola administri al  
meu fill o la meva filla la medicació prescrita pel corresponent facultatiu mèdic.

<b>Nom del medicament</b>	
<b>Dosi</b>	
<b>Horari d'administració</b>	
<b>Dia/dies o període d'administració</b>	
<b>Diagnòstic</b>	

**Adjunto recepta o informe del metge amb el nom del medicament i la pauta d'administració.**

Signatura pare/mare/tutor/tutora legal:

Tordera, ..... de/d' ..... de 20 .....