

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

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.

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

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