



AUTORITZACIÓ FAMILIAR PER ADMINISTRAR MEDICAMENTS

El/La pare, mare i tutor/a legal _____
autoritza el/ la mestre/a del/de la seu/seva fill/a _____
del curs _____ a administrar el següent medicament _____

Dies _____ Mes _____

(signatura del pare, mare o tutor/a legal)

Barcelona, _____ de/d' _____ de 20____

NOTA: És imprescindible adjuntar la prescripció mèdica junt amb l'autorització.