

**DEMANDA I AUTORITZACIÓ PER DONAR MEDICAMENTS**

En/Na ……………………………………….....................................…… , pare, mare o tutor/a

de l’alumne/a ……………………………………………........... del curs ..................................

sota la seva responsabilitat, demana i autoritza al personal del centre que administri la medicació prescrita.

Nom del medicament ...............................................

Dosi indicada …………………....……………………..

Hora …………………………………….……………….

Signatura,

Sabadell, ………… de ………………………… de 20