



**Escola Les Planes**

Carrer de la Constitució, 2  
08120 La Llagosta  
Tel. 93 560 70 01  
[a8039719@xtec.cat](mailto:a8039719@xtec.cat)  
<http://www.escolalesplanes.com>

**AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR**

En/Na ....., amb NIF .....  
pare/mare/tutor/a de l'alumne/a .....,

**AUTORITZO** a l'ESCOLA Les Planes a administrar la medicació al meu fill/a segons la pauta indicada i per prescripció mèdica.

Nom medicament: .....

Dosi: ..... Hora: .....

Durada: des del dia ..... fins el dia .....

La Llagosta a ..... de ..... de 20.....

Signat:

---

ADJUNTEM:

- CÒPIA RECEPTA MÈDICA
- MEDICAMENT (en dosi individual sempre que sigui possible)  
marcat amb el nom de l'alumne/a i de la classe
- FULL D'AUTORITZACIÓ

Cal lliurar-ho a Consergeria al matí i recollir-ho, si s'escau, a les 16:30h.

**No deixar-lo a la motxilla del nen/a.**