



**Generalitat de Catalunya**  
Departament d'Educació  
i Formació Professional  
**Escola Les Vinyes**  
**Sant Cugat Sesgarrigues**



Sota la meua responsabilitat, jo, ..... amb DNI .....  
autoritzo que li administreu al meu/a la meua fill/filla ..... la següent  
medicació:

**Producte:** .....

**Dosi:** .....

**Horari:** .....

**Període:** des del dia ..... fins el dia .....

Indicat pel/per la pediatre/a Dr/a .....  
per un diagnòstic de .....

El centre queda totalment exclòs de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura mare/pare - tutor/a,

Sant Cugat Sesgarrigues, ..... de/d' ..... de 20.....