



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Dades personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

Relació amb l'alumne/a

Pare

Mare

Tutor/a

Nom i cognoms de l'alumne/a

Nivell educatiu de l'alumne/a

Dades del centre

Nom

Autoritzo

El centre educatiu a administrar al meu fill/a, la següent medicació

dosis _____ i horari _____ de la qual adjunto prescripció mèdica.

Signatura del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

Barberà del Vallès, a _____ de/d' _____ de 20 ____