



AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICACIÓ A UN/A ALUMNE/A DE L'ESCOLA

Jo, amb DNI/NIE/PASS,
com a mare/pare/tutor/a de l'alumne/a, del curs

DEMANO: li sigui subministrada al meu fill/a la **medicació** detallada a continuació,

de la qual us adjunto la recepta mèdica

- Nom del Medicament
- Dosi (mm, núm. de gotes, quantitat, ...)
- Hora administració

OBSERVACIONS:
.....

Mollet del Vallès, a de de 20...

Signatura mare/pare/tutor/a