



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS

En/na....., com a
(pare,mare,tutor,tutora)

AUTORITZO i assumeixo la responsabilitat, que els/les professionals i/o els/les monitors/es de menjador de l'escola Montserrat administrin al/la meu/va fill/a....., del nivell: els següents medicaments amb prescripció mèdica (**adjuntem còpia de la recepta i/o informe mèdic**) i eximeixen de tota responsabilitat a l'escola sobre els efectes que aquests medicaments puguin causar en el/la seu/va fill/a.

- Nom del medicament:

.....

- Dosi: Horari: Nº
dies:.....

- Síntomes (si cal tenir-los en compte):

.....

.....

.....

S'ADJUNTA recepta mèdica. L'escola no administrarà cap medicació que no vagi acompanyada de l'autorització i la recepta mèdica.

Esparreguera, de de

Signatura i DNI