



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

L'escola queda totalment exclosa de responsabilitats pels possibles efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Alumne/a _____ de _____

Medicament _____

Format _____ Horari d'administració _____

Dosi _____ Cal guardar-ho a la nevera? _____

Durada del tractament: des del dia ___/___/___ fins el ___/___/___

S'ha de retornar cada dia altres: _____

Indicada pel pediatra, doctor/a: _____

Per un diagnòstic de: _____

Notes: _____

En/Na _____ com a mare/pare/tutor/a

amb el DNI: _____ .

AUTORITZO els mestres o monitors de l'escola perquè administrin el medicament abans esmentat al meu fill/a segons les indicacions indicades prèviament.

Data:

Signatura del pare/mare:

(Nota : sense la presentació d'aquesta autorització degudament complimentada, no s'administrarà cap medicament)