Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Escola Rosa Oriol Anguera
C. Marina, 26
08186 Lliçà d'Amunt
Tel. 93 8435725
a8060940@xtec.cat

AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR UN MEDICAMENT

Jo …… amb DNI……

com a pare/ mare de l' alumne/a ……..

Autoritzo a la professora …… a donar el següent medicament al meu fill/ filla:

- NOM DEL MEDICAMENT:
- HORA D' ADMINISTRACIÓ:
- DOSI:

Lliçà d' Amunt a ……..de……..del 20

Signatura pare/ mare