

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo,....., amb DNI
pare/mare/ o tutor/a de l'alumne/a
del curs..... autoritzo al centre educatiu Escola Pública Sagrada Família
Gràcia a administrar al meu fill/filla el medicament
amb la dosi i hores següents:

--

(tal com figura a la recepta mèdica **que ha d'acompanyar aquesta autorització**)

Signatura pare, mare o tutor/a legal

Barcelona, d de 202...
