



**Escola Palma
de Mallorca**

Consorci d'Educació
de Barcelona

Generalitat de Catalunya
Ajuntament de Barcelona

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Ei/La Sr./Sra..... amb D.N.I.

SOL·LICITA i AUTORITZA a l'ESCOLA PALMA DE MALLORCA a administrar al seu
fill/a del nivell

la medicació següent de la forma indicada:

NOM DE LA MEDECINA.....

DOSIHORA..... DURADA.....

Signatura i data del pare/mare o tutor/a

S'adjunta recepta del metge

Pg. Ciutat de Mallorca, 31 | 08016 Barcelona | 933 507 282
a8031794@xtec.cat | <https://agora.xtec.cat/escpalmademallorca/>



**Escola Palma
de Mallorca**

Consorci d'Educació
de Barcelona

Generalitat de Catalunya
Ajuntament de Barcelona

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Ei/La Sr./Sra..... amb D.N.I.

SOL·LICITA i AUTORITZA a l'ESCOLA PALMA DE MALLORCA a administrar al seu
fill/a del nivell

la medicació següent de la forma indicada:

NOM DE LA MEDECINA.....

DOSIHORA..... DURADA.....

Signatura i data del pare/mare o tutor/a

S'adjunta recepta del metge

Pg. Ciutat de Mallorca, 31 | 08016 Barcelona | 933 507 282
a8031794@xtec.cat | <https://agora.xtec.cat/escpalmademallorca/>