



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació

Escola Pompeu Fabra

AUTORITZACIÓ D'AUTOADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____
amb DNI _____, com a mare, pare o tutor/a
autoritzo a l'alumne/a _____
del curs/classe _____ a prendre el medicament que a
continuació es detalla:

Nom del medicament	
Dosi o quantitat	
Hora d'administració	
Durada del tractament	
Tractament esporàdic	

Conservació del medicament Temperatura ambient
 Nevera

Data: __/__/__
Signatura mare / pare / tutor/a



escola pompeu fabra anglès