



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
i Formació Professional
Institut Escola Can Filuà

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

El/la Sr/Sra _____

Pare/mare de l'alumne/a _____ de _____ curs

AUTORITZA, sota la seva responsabilitat, l'administració a l'escola de la següent medicació al seu/seva fill/a.

Nom del medicament _____

Horari de la medicació _____ durant els dies _____

Observacions _____

NO TÉ VALIDESA SENSE RECEPTA MÈDICA ACTUALITZADA.

Data _____

Signatura pare/mare