



## AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na ..... com a mare, pare o tutor legal de l'alumne ..... del curs ..... autoritza que li administreu al meu/va fill/a el medicament que més avall es descriu, en el ben entès que qualsevol responsabilitat que es pugués derivar d'aquest fet és assumida per mi. Adjunto recepta i/o informe mèdic.

Sant Cebrià de Vallalta a ..... de/d' ..... de 20.....

Mare, pare o tutor legal

(signatura)

### MEDICAMENT

<ul style="list-style-type: none"><li>• Nom del medicament .....</li><li>• Forma de presentació ..... (pastilles, xarop, gotes)</li><li>• Quantitat: ..... Periodicitat .....</li><li>• Durada del tractament .....</li><li>• Altres .....</li></ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sempre que sigui possible cal fer coincidir les preses de medicació en horari no lectiu. En cas de malaltia infecciosa i/o contagiosa, no podran assistir al centre.