



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

Av. Jocs Olímpics, 11
08840 Viladecans
Tel. 936.372.048
a8077289@xtec.cat

AUTORITZACIÓ PER PRENDRE MEDICAMENTS

Quan el vostre fill/a hagi de prendre medicació, haureu d'intentar que no coincideixi dins l'horari escolar. Si això no fos possible, **haureu de dur a l'escola la recepta del metge, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre i la durada, i l'autorització que trobareu a sota.**

Jo, _____ amb DNI _____,
pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____
del curs _____. Autoritzo **que se li administri el següent medicament al meu fill/a, per això adjunto també la recepta del metge.**

NOM DEL MEDICAMENT _____

DOSI _____ HORES _____ DIES _____

Signatura pare/mare o tutor/a

Viladecans, _____ de _____ de 202__

Jo, _____ amb DNI _____,
pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____
del curs _____. Autoritzo **que se li administri el següent medicament al meu fill/a, per això adjunto també la recepta del metge.**

NOM DEL MEDICAMENT _____

DOSI _____ HORES _____ DIES _____

Signatura pare/mare o tutor/a

Viladecans, _____ de _____ de 202__