

## **Autorització de medicaments**

En/Na ....., amb DNI .....,  
com a mare/pare/tutor legal de l'alumne/a .....,  
autoritzo al meu fill/a a prendre la següent medicació durant el viatge a França que es durà a  
terme entre el 4 i 10 de febrer de 2026.

Medicament: .....

Dosi: .....

Horari de les dosis: .....

Necessita nevera?                      No                      Sí

Medicament: .....

Dosi: .....

Horari de les dosis: .....

Necessita nevera?                      No                      Sí

Medicament: .....

Dosi: .....

Horari de les dosis: .....

Necessita nevera?                      No                      Sí

Adjunto recepta mèdica                      No                      Sí

Signatura