



Generalitat de Catalunya  
**Departament d'Educació  
i Formació Professional**

**Institut Escola d'Oliana**

Carrer Germà Frederic, s/n  
25790 Oliana

### ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
autoritzo a \_\_\_\_\_ a  
administrar la medicació \_\_\_\_\_  
amb dosi \_\_\_\_\_ i horari \_\_\_\_\_  
al/a la meu/meva fill/filla \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ durant aquest curs 2019 – 2020.

I per a que així consti, signo aquesta autorització amb data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_ i adjunto la recepta mèdica.

Signatura de la mare/pare o tutor/a