



Benvolguts pares i mares,

Us comuniquem que si a algun dels vostres fills/es se li ha d'administrar algun medicament a les hores de classe, haureu d'omplir aquesta butlleta i retornar-la al centre acompanyada de la fotocòpia de la recepta mèdica corresponent.

-----

En/Na ....., pare, mare  
o tutor legal de l'alumne/a.....

AUTORITZO al mestre/a i/o tutor/ a administrar al meu/meva fill/a la dosi  
següent..... del medicament .....

....., a .....de .....de 20.....

Signatura