



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS
OMPLIR NOMÉS PUNTUALMENT QUAN SIGUI NECESSARI

EN/NA.....

AMB DNI.....

COM A PARE/MARE/TUTOR/A DE L'ALUMNE/A

.....

AUTORITZO A.....

a administrar al meu fill/a la següent medicació:

Producte:.....

Dosi:.....

Horari: a les.....hores

Calendari: des del dia.....

fins al dia.....

Indicada pel/per la pediatre/a

Dr./a.....

Per un diagnòstic

de.....

**L'ESCOLA QUEDA TOTALMENT EXCLOSA DE RESPONSABILITAT PELS EFECTES QUE
AQUESTA MEDICACIÓ PUGUI OCASIONAR.**

Data:.....

Signatura pare/mare/tutor/a

*** (Cal adjuntar fotocòpia recepta mèdica)***