



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____ pare/mare o tutor/a legal de
l'alumne/a _____
Autoritza el personal docent de l'escola a administrar el següent medicament _____

els dies _____
amb la següent dosi _____.

En cas que el tractament farmacològic requereixi recepta mèdica, s'haurà de presentar una fotocòpia del tractament prescrit pel pediatre.

Signatura de mare, pare, tutor o tutora legal

_____, d _____ de _____