



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ D'ALTRES MEDICAMENTS PUNTUALS A L'ESCOLA

El/la Sr/a.....

Pare/mare o tutor legal de l'alumne.....de l'aula de.....

AUTORITZA, sota la seva responsabilitat, l'administració per part de l'escola de la
següent medicació al seu fill/a.

NOM DEL MEDICAMENT:.....

HORARI DE LA MEDICACIÓ:.....DURANT ELS DIES:.....

.....

DOSI:.....

OBSERVACIONS:.....

.....

.....

DATA:.....

Signatura

IMPORTANT: Cal adjuntar la prescripció mèdica a aquesta autorització.