



### **AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

EN/NA \_\_\_\_\_

AUTORITZO: sota la meva responsabilitat a l'administració del següent medicament al meu fill/a.

NOM DE L'ALUMNE/A \_\_\_\_\_

NOM DEL MEDICAMENT \_\_\_\_\_

DURADA DEL TRACTAMENT \_\_\_\_\_ DOSI \_\_\_\_\_

HORARI \_\_\_\_\_

Signatura del pare, mare o tutor legal

Sant Feliu de Llobregat,                      de                      201

**NOTA: CAL PORTAR LA RECEPTA O INFORME DEL METGE ON S'ESPECIFIQUI:**

- 1. Nom del nen/a.**
- 2. Nom del medicament.**
- 3. Dosi del medicament**
- 4. Durada del tractament.**