

**AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA**

El/la Sr/a .....  
Pare/mare de l'alumne/a ..... de ..... curs.

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

Nom del medicament .....  
Horari de la medicació ..... Durant els dies .....  
Observacions:  
.....  
.....

Data : .....

Signatura pare/mare

**ÉS IMPRESCINDIBLE ACOMPANYAR L'AUTORITZACIÓ DE LA RECEPTA MÈDICA**



**AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA**

El/la Sr/a .....  
Pare/mare de l'alumne/a ..... de ..... curs.

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

Nom del medicament .....  
Horari de la medicació ..... Durant els dies .....  
Observacions:  
.....  
.....

Data : .....

Signatura pare/mare

**ÉS IMPRESCINDIBLE ACOMPANYAR L'AUTORITZACIÓ DE LA RECEPТА MÈDICA**