



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na:

amb DNI núm. pare/mare/tutor/a de l'alumne/a:

.....

que està matriculat en aquest Centre Escolar:

AUTORITZA:

Al/la professor/a

a administrar la medicació a que fa referència el certificat o la recepta mèdica.

DOSIFICACIÓ: Quantitat: Horari.....

Aquest document no té validesa si no va acompanyat del corresponent certificat o recepta mèdica.

Signatura del pare/mare/tutor/a:

Sant Vicenç dels Horts, a d de 20.....