



---

## AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Aquesta autorització haurà d'anar acompanyada de la recepta mèdica en la qual es descrigui la dosi del medicament i la freqüència de la seva administració.

En / Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a  
pare/mare tutor de l'alumne/a \_\_\_\_\_  
de \_\_\_ curs d'Educació: \_\_\_ Infantil \_\_\_ Primària \_\_\_ ESO (posa una x on s'escaigui)

### AUTORITZA

Que li sigui administrat el següent medicament:

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

DOSI: \_\_\_\_\_ HORARI: \_\_\_\_\_

DURADA DEL TRACTAMENT: \_\_\_\_\_

Mollet del Vallès a, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02

Signatura del pare, mare o tutor/a

