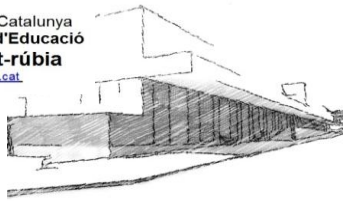
Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Escola Font-rúbia
www.escolafontrubia.cat



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a: _____

DNI/NIE: _____

Nom i cognoms de l'alumne/a: _____

Curs escolar: _____

Jo, com a pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a indicat/ada, **autoritzo** un/a mestre/a o una persona contractada pel servei de menjador de l'escola a administrar-li la medicació següent, d'acord amb les indicacions facilitades:

Nom del medicament	
Dosi	
Dia o període d'administració	
Hora d'administració	
Ha d'estar a la nevera?	SI NO

IMPORTANT: Cal adjuntar a aquesta autorització la recepta mèdica del medicament o l'informe mèdic corresponent.

Guardiola de Font-rubí, _____ de _____ de 20__

Signatura del pare, mare o tutor/a: