



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

A l'atenció de la direcció del centre

Jo,..... amb
 DNI/NIE....., mare/pare/tutor legal de l'alumne/a
del curs autoritzo a la
 tutora/ mestres especialistes/ direcció del centre que puguin administrar el
 medicament amb
 dosi..... cada.....hores els dies

IMPORTANT: imprescindible adjuntar informe mèdic on consti el nom de l'alumne/a, el nom del medicament i la pauta.

Signat,

Pare/mare o tutor/a legal

Cornellà de Llobregat, de / d' de 20....