



**AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS Curs 2019-2020**

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....