

## AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI/passaport \_\_\_\_\_

pare/mare/tutor/a de l'alumne/a \_\_\_\_\_ del curs \_\_\_\_\_

autoritza el centre educatiu a administrar durant \_\_\_\_\_ dies la dosi de \_\_\_\_\_ del

medicament \_\_\_\_\_

a l'hora \_\_\_\_\_ del dia \_\_\_\_\_ al dia \_\_\_\_\_

Tal com s'indica a **la recepta mèdica que s'adjunta.**

signatura:

Barcelona: \_\_\_\_\_

Aquesta autorització ha d'anar acompanyada de la recepta mèdica del medicament.

Indicacions sobre el medicament i la seva posologia (si s'escau)