



AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____ amb DNI _____ com
a _____ pare/mare o _____ tutor/a de
l'alumne: _____
Curs _____

Autoritza:

Al/la docent tutor/a del seu fill/a a donar-li el medicament que s'esmenta a continuació fent-se responsable el pare/mare/tutor legal de l'alumne en cas de produir-se efectes secundaris de qualsevol tipus per causa del medicament.

Nom del Medicament	
Dosis a administrar a l'alumne	
Horari de l'administració	
Durada del tractament (núm. de dies)	

S'ha d'ajuntar la recepta mèdica i/o l'informe del metge obligatòriament.

I, perquè així consti i tingui els efectes oportuns, es signa la present autorització.

Signat (pare / mare / tutor legal)

El Catllar a _____ de _____ de 20____