Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Escola Matagalls

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

El Sr/a _____ amb NIF_____

pare/mare/ o tutors/a de l'alumne/a:

Nom i cognoms: _____

Nivell educatiu: _____

Autoritzo al centre educatiu : _____

a administrar al meu fill/a el medicament _____

seguint l'informe del metge on consti el nom de l'alumne, el nom del medicament que ha de prendre i la seva pauta d'administració (***adjuntar la còpia de l'informe en aquesta autorització****)*

Signatura del pare / la mare /o tutor/a

Santa Maria de Palautordera , a ____ de _____ de 201__

escolamatagalls