



Vedruna
Mollerussa

AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Cal que lliureu aquesta autorització només en el cas que l'alumne/a hagi de prendre medicaments durant l'horari escolar.

Si us plau, adjunteu a aquest imprès la recepta o document de prescripció mèdica lliurada i signada pel facultatiu mèdic que us l'ha emès.

Caldrà lliurar els medicaments als tutors.

Jo, (nom del pare, mare o tutor/a) _____
amb DNI número _____ pare/mare/tutor/a de l'alumne
_____ .

Autoritza al tutor/a o personal del menjador a administrar els medicaments que segueixen amb les dosis que s'especifiquen.

MEDICAMENT	DIA	HORA	DOSI	HORA	DOSI	HORA	DOSI

(Firma del pare, mare o tutor/a)

.....,a.....de.....de.....