



## **AUTORITZACIÓ PEL SUBMINISTRAMENT DE MEDICACIÓ**

El/la sr/sra .....

amb DNI .....

com a pare/mare/tutor-a legal de l'alumne/a:

.....

Nivell ..... Curs .....

### **AUTORITZA**

Al personal del centre a subministrar el medicament, que es detalla a continuació, de forma excepcional i tenint en compte les prescripcions mèdiques pertinents eximint-lo de qualsevol responsabilitat.

**MEDICAMENT:** .....

**DOSI A SUBMINISTRAR:** .....

**HORA D'ADMINISTRACIÓ:** .....

**LLOC I CONSERVACIÓ DEL MEDICAMENT:** .....

.....

Signatura del/la pare/mare/tutor-a legal

Sant Quirze del Vallès a ..... de ..... de 20.....

***Recordeu que és imprescindible mostrar la corresponent recepta mèdica on consti el nom del medicament, la dosi a subministrar el nom del destinatari.***