



AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICAMENTS O REMEIS

Aquesta autorització ha d'anar acompanyada d'una recepta o prescripció personalitzada i signada per una persona professional de la salut.

En / Na _____

amb el DNI / NIE : _____ com a pare / mare / tutor legal de l'alumne/a

_____ autoritzo l'equip de

mestres de l'escola a administrar-li *(nom que consta al recipient)*

el medicament _____

el remei _____ en la dosi, horari i
calendari que detallo:

> dosi: _____

> hora / moment del dia : _____

> data / dates: _____

Mataró, d

de 202

signatura