

AUTORITZACIÓ MEDICAMENT

Alumne/a _____

Nom medicament _____

Nom del metge _____

Quantitat/ Dosi :

Hora :

Durada del tractament :

Observacions :

El/la Sr./a..... amb DNI.....
demano i autoritzo a el/la mestre/a tutor/a del meu fill/aa
donar la dosi de la medicació a dalt referenciada, fent extensiva aquesta autorització i
delegant la potestat en les decisions que fóra convenient aplicar en cas d'urgència a
l'Equip Pedagògic del Centre.

Signatura,

Granollers, d'/de de

