

## 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/a ..... a donar la  
dosi de la medicació a dalt referenciada, fent extensiva aquesta autorització i delegant la  
potestat en les decisions que fóra convenient prendre en cas d'urgència a l'Equip  
Pedagògic del Centre.

Signatura,

Granollers, .....d'/de .....de .....

C/ Joan Prim, 59-61-63, 08401 Granollers T.93 840 0701

[epeso@educem.com](mailto:epeso@educem.com) [www.educem.com](http://www.educem.com)



@EducemGran



@educem\_granollers