

FORMULARI D' AUTORITZACIÓ  
PER A ADMINISTRAR MEDICAMENTS A L' ALUMNAT  
EN HORARI LECTIU, MENJADOR I ACTIVITATS  
EXTRAESCOLARS I COMPLEMENTÀRIES

Alumne :

Nivell :

Nom del medicament :

Dosi a administrar :

Hora / Horari en que ha de ser administrat :

Número de dies que s' ha de donar a l' escola :

Indicar si té qualsevol tipus d' al·lèrgia :

Possibles efectes secundaris :

**AUTORITZACIÓ**

Jo, .....

com a pare, mare o tutor/tutora legal de l' alumne :

.....

autoritze al/ a la mestre/a .....

del centre a que administre el medicament per via oral segons les  
instruccions registrades.

Albalat de la Ribera, a .....de ..... de 20.....  
(signatura del pare/mare o tutor/a legal)

DNI : .....