

**AUTORITZACIÓ PER A PODER DONAR MEDICAMENTS  
EN HORARI ESCOLAR**

Jo, \_\_\_\_\_, amb DNI núm. \_\_\_\_\_ i com a  
mare, pare o representant legal de l'alumne/a \_\_\_\_\_

AUTORITZE el personal del centre escolar a donar-li el següent tractament:

MEDICAMENT: \_\_\_\_\_

DOSI: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

DES DEL DIA \_\_\_\_\_ FINS AL DIA: \_\_\_\_\_

**(CAL ADJUNTAR OBLIGATÒRIAMENT LA RECEPTA MÈDICA)**

Almàssera, a \_\_\_\_\_ d' \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Signatura del pare

Signatura de la mare

Signatura del representant legal

.....

**AUTORITZACIÓ PER A PODER DONAR MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR**

Jo, \_\_\_\_\_, amb DNI núm. \_\_\_\_\_ i com a  
mare, pare o representant legal de l'alumne/a \_\_\_\_\_

AUTORITZE el personal del centre escolar a donar-li el següent tractament:

MEDICAMENT: \_\_\_\_\_

DOSI: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

DES DEL DIA \_\_\_\_\_ FINS AL DIA: \_\_\_\_\_

**(CAL ADJUNTAR OBLIGATÒRIAMENT LA RECEPTA MÈDICA)**

Almàssera, a \_\_\_\_\_ d' \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Signatura del pare

Signatura de la mare

Signatura del representant legal

.....