
AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

El Sr/a

amb DNI:

pare/mare/ o tutor/a de l'alumne/a:

Nivell educatiu:

Autoritzo al centre educatiu : Escola Pública Sagrada Família

a administrar al meu fill/filla el medicament:

amb la dosi i hores següents:

tal com figura a la recepta mèdica **que ha d'acompanyar aquesta autorització.**

Signatura pare, mare o tutor legal

Barcelona, ___ de _____ de 2020