



## AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR

En/Na ..... pare/mare de

l'alumne/a ..... amb DNI .....

**SOL·LICITO** a la direcció del centre l'autorització de l'administració de la medicació al meu fill/a segons pauta indicada i per prescripció mèdica, als professionals del centre.

Nom medicament:

dosi:

hora:

durada:

- un dia  
 des del dia ..... fins el dia .....

el medicament:

- torna a casa  
 es queda a l'escola

Barcelona, ..... de ..... de 20.....

Signat:

ADJUNTEM:

- CÒPIA RECEPTA MÈDICA**
- MEDICAMENT** (en dosi individual sempre que sigui possible)  
**marcat amb el nom de l'alumne/a i de la classe**
- FULL D'AUTORITZACIÓ**

Cal lliurar-ho a Secretaria a les 9 del matí i recollir-ho, si s'escau, a les 16:30h. **No desar-lo a la motxilla del nen/a.**