

Autorització per donar medicació

Jo, _____ amb **DNI** _____
en qualitat de pare/mare/tutor legal de l'alumne _____
del curs _____, autoritzo al personal de l'escola a subministrar la medicació detallada a
continuació:

Nom del medicament _____

Dosi _____

Horari de medicació _____

Durada de la medicació _____

- *La medicació estarà guardada a secretaria. Només la tindrà el tutor/a si es marxa de l'escola.*
- *En cap cas la medicació la pot tenir l'alumne/a.*

I perquè així consti, signo la present a _____ de _____ de 2018

Signatura Pare, mare o tutor legal