

## AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICACIÓ

Nom i cognoms alumne/a: \_\_\_\_\_

Nom i cognoms mare/pare/tutor/a legal: \_\_\_\_\_

DNI o passaport mare/pare/tutor/a legal: \_\_\_\_\_

### AUTORITZO

A que el centre educatiu Escola Edumar administri el següent medicament al meu fill/a:

Nom medicament: \_\_\_\_\_

Hora d'administració: \_\_\_\_\_

Dosi a prendre: \_\_\_\_\_

Periodicitat: \_\_\_\_\_

Temps del tractament: des del dia \_\_\_\_\_ al dia \_\_\_\_\_

**Nota informativa:**

*Aquesta autorització ha de venir acompanyada d'un informe del metge o metgessa on s'indiqui la necessitat, la dosi i periodicitat de l'administració de la medicació.*

Signatura mare, pare o tutor/a

Castelldefels, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.