



**ESCOLA LLORENS ARTIGAS**

Av. de Catalunya, 20  
08917 Badalona  
Tel. i fax: 93 398 36 03  
Tel. parvulari: 93 399 73 58  
A/e: a8035854@xtec.cat

**AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
(Nom pare/mare, tutor/a)

autoritzo a donar el medicament \_\_\_\_\_ al  
( Nom del medicament )

meu fill/a \_\_\_\_\_  
( Nom alumne/a )

Dosi: \_\_\_\_\_

a les \_\_\_\_\_

Signatura:

Data: \_\_\_\_\_

Tots el medicaments hauran d'estar dintre del seu envàs original, degudament identificats amb el nom de l'alumne, la dosi i hora de l'administració i **amb la recepta del metge.**