**AUTORITZACIÓ DE LA MEDICACIÓ**

Jo ……………………………………………………………………………, amb DNI/NIE..................................

com a pare, mare o tutor de l’alumne ……………………………………………………..., autoritzo els docents de l’Escola La Sagrera que puguin administrar la medicació prescrita al meu fill o filla.

Barcelona a ............... de ............................ de 20.........

*Signatura*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’alumne/a** | **Grup** | |
| **Nom del medicament** | | |
| **Del dia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **al dia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Hores** | **Quantitat** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |