



2023/2024

COSTA I LLOBERA

## AUTORITZACIÓ / PER PRENDRE UN MEDICAMENT

**RECORDEM QUE PRENDRE UN MEDICAMENT DINS L'HORARI ESCOLAR HA DE SER EXCEPCIONAL I ÉS NECESSÀRIA L'AUTORITZACIÓ MÈDICA.**

JO, .....

**AUTORITZO EL MEU FILL/A:**

**NOM I COGNOMS**

**CURS:**

**CLASSE:**

--	--	--

**A PRENDRE EL MEDICAMENT SEGÜENT:**

**NOM DEL MEDICAMENT:**

**HORA:**

**DOSI:**

--	--	--

**CAL TAMBÉ QUE S'INDIQUI EL NOM DE L'ALUMNE, HORA I DOSI A L'ENVÀS DEL MEDICAMENT I ADJUNTAR L'AUTORITZACIÓ MÈDICA.**

**DIA:**

**MES:**

**ANY:**

--	--	--

**SIGNATURA DEL PARE, MARE O TUTOR:**