



2024/2025

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: