



## **AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICAMENTS**

---

### **Dades personals**

DNI/ NIE/ Passaport

Nom i Cognoms

Adreça

Localitat

Telèfons de contacte

Adreça electrònica

### **AUTORITZO**

---

Al professorat del centre o monitors del menjador de l'escola Joan Bruguera a que administrin al meu fill o filla la medicació prescrita pel metge sempre que sigui imprescindible la seva administració en horari lectiu, eximint el personal docent i no docent del centre de qualsevol incident derivat d'aquest fet.

S'adjunta la recepta o informe del metge i manifesto:

Hora d'administració medicament: \_\_\_\_\_

Dosis a administrar: \_\_\_\_\_

Dies a administrar: \_\_\_\_\_

Lloc i data

Signatura

---

**Sra. Directora Escola Joan Bruguera**