



**Escola Pública Enric Casassas**



Generalitat de Catalunya  
Departament d'Ensenyament  
C/ Llobet, 77  
08202 Sabadell  
Tel/Fax 93 726 33 95 / Mòbil 618 840 321  
Email: [ceip-enric-casassas@xtec.cat](mailto:ceip-enric-casassas@xtec.cat)  
Web: <http://www.xtec.cat/ceip-enric-casassas>

**AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICACIÓ**

En/Na.....

amb DNI núm.....expedit a.....

que gaudeix de la pàtria potestat de l'alumne/a .....

.....

Autoritza a .....,

mestra/e o professional de menjador de l'escola Enric Casassas, a

administrar la medicació prescrita a l'esmentat alumne/a, ja que és

imprescindible la seva administració en horari lectiu o de menjador.

**IMPRESCINDIBLE:**

Cal que adjunteu la recepta mèdica on consti **la dosi i l'hora**

d'administració del medicament.

Signatura pare / mare / o tutor/a legal

Sabadell, ..... de/d' ..... de .....