



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

En/Na _____
amb número de DNI-NIE-Passaport _____ com a pare,
mare, tutor/a de l'alumne/a _____
del curs de _____

AUTORITZA als mestres del CEIP TAXONERA a administrar la medicació ressenyada dins la franja horària en que es desenvolupa l'horari escolar (de 9.00 a 13.00 i de 15.00 a 17.00hores)

Barcelona, _____ de _____ de 20____

Signatura del pare, mare, tutor/a.

MEDICAMENT	DIA	DOSI	HORA	OBSERVACIONS

Nom i Cognoms de l'alumne/a _____

Amb prescripció facultativa: Sí No



AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

El Sr./Sra. _____

con número de DNI-NIE-Passaport _____ como padre,

madre, tutor/a del alumno/a _____

del curso de _____

AUTORITZA a los maestros/as de la Escuela TAXONERA a administrar la medicación indicada en la franja horaria en la cual se desarrolla el horario escolar (de 9.00 a 13.00 y de 15.00 a 17.00horas)

Barcelona, _____ de _____ de 20____

Firma padre, madre, tutor/a.

MEDICAMENTO	DIA	DOSIS	HORA	OBSERVACIONES

Nombre y apellidos del alumno/a _____

Con prescripción facultativa: Sí No