Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Escola Garcia Fossas

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____amb DNI _____
i com a pare/mare/tutor/a de l'alumne/a _____
del curs_____

DEMANO i AUTORITZO al personal de l'Escola Garcia Fossas que administri la medicació necessària indicada pel metge **mitjançant recepta** i **EM FAIG RESPONSABLE** dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

- Nom medicament:
- Dosi: Hora:
- Durada: □ Un dia
  □ Des del dia ……fins el dia …….
- Conservació: □ Nevera
  □ Temperatura ambient

❖ **Cal lliurar el medicament,** marcat amb el nom de l'alumne/a i de la classe, **al mestre/a o persona responsable de l'alumne** (si la medicació s'ha de prendre en hores de classe) **o a la persona responsable del menjador** (si la medicació s'ha de prendre en horari de menjador)**. No deixar-lo a la motxilla del nen/a.**

❖ **Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament complimentada, i fotocòpia de la recepta o informe del metge on hi consti el nom de l'alumne/a, no s'administrarà cap medicació.**

I per tal que consti, signo la present autorització:
SIGNAT

Pare/mare o tutor/a legal Igualada, a _____ de_____ de 20____