



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
**Escola d'Educació Infantil i Primària
Serra de Marina**

Carrer de Mossèn Camil Rossell, 96-102
08921 Santa Coloma de Gramenet



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo _____ amb DNI _____

autoritzo a _____

a administrar la medicació _____

amb dosi _____ i horari _____

al/a la meu/meva fill/filla _____

durant aquest curs 2019 – 2020.

I per a que així consti, signo aquesta autorització amb data _____ de _____

_____ de 20_____ i adjunto la recepta mèdica.

Signatura de la mare/pare o tutor/a