En/Na………………………………………………….………… DNI…………………………… pare, mare o tutor de l’alumne/a………………………………………………………………… autoritzo que li sigui administrat el medicament prescrit.

**\*Cal que acompanyeu aquesta autorització de la prescripció mèdica.**

* Pauta d’administració i durada:
* Nom del medicament a subministrar:

Signatura del pare, mare o tutor legal.

Data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En/Na………………………………………………….………… DNI…………………………… pare, mare o tutor de l’alumne/a………………………………………………………………… autoritzo que li sigui administrat el medicament prescrit.

**\*Cal que acompanyeu aquesta autorització de la prescripció mèdica.**

* Pauta d’administració i durada:
* Nom del medicament a subministrar:

Signatura del pare, mare o tutor legal.

Data: