Inscrita amb el Nº 70 al Registre de Fundacions de la Generalitat de Catalunya. NIF G08930323 - Centre concertat pel Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya

SOL·LICITUD DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

(Emplenar només en cas de necessitat)

En/Na_____

amb D.N.I. _____ com a pare, mare, tutor/a

de _____autoritzo al mestre/a i/o

_____

personal de l'escola a **administrar el següent medicament:**

Amb les dosis següents:_____

Dies/hores d'administració:_____

Propòsit del medicament:_____

Possibles efectes secundaris (si cal):_____

NOTA: cal adjuntar recepta o informe mèdic.

Signatura del pare/mare/tutor/a

Igualada, ____ de _____ de 20___.