



Autorització per l'administració de medicaments en horari escolar (lectiu i de menjador)

En/Na _____ amb
DNI/passaport _____, com a pare, mare o tutor legal, sol·licito i
autoritzo a l'Equip de Mestres i/o Coordinador del Menjador de l'Escola Jaume Balmes a
que administri al meu/va fill/a _____ de
_____ curs, la següent medicació:

- Nom del medicament _____

- Dosi _____

- Dies _____

- Hora _____

- Altres indicacions _____

Signatura del pare, mare o tutor legal.

Corbera de Llobregat, _____ de _____ de 20_____