



**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\_\_\_\_\_