

**AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

En/Na \_\_\_\_\_, com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a \_\_\_\_\_ del curs de \_\_\_\_\_, autoritzo que el personal de col·legi Santa Dorotea doni al meu fill/a la medicació indicada a continuació, ja que és imprescindible fer-ho dins de l'horari lectiu.

<b>NOM DEL MEDICAMENT</b>	<b>DOSI</b>	<b>HORARI</b>	<b>DURADA</b>

**Observacions:**

Barcelona, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Signat (pare, mare o tutor/a)

\*Recordeu que també és necessari un informe mèdic on consti el nom de l'alumne o alumna, el nom del medicament que ha de prendre i la pauta d'administració.