



MODEL D'AUTORITZACIÓ
DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENT

En/Na _____ pare/mare o tutor
amb DNI núm. _____
de l'alumne _____
del curs _____

autoritzo al personal del col·legi Escolàpies-Igualada a administrar al meu fill/a
el següent medicament:

Dia	Hora d'administració	Nom del medicament	Dosi

L'escola queda totalment exclosa de responsabilitats pels efectes que aquesta
medicació pugui ocasionar.

Signatura: