



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: