



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
**Escola Pública
BANÚS**
Av. dels Banús, 68; T. 93/ 386 30 71
Sta. Coloma Gnet. Barcelona
escolabanus@xtec.cat

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS

El/la Sr/a _____, amb DNI, _____ pare, mare,
tutor, tutora legal de _____

AUTORITZA

A les mestres de l'escola Banús a què li administrin el medicament

_____, d'acord amb la següents dosis i hores:

Declaro que aquest medicament ha estat prescrit per un metge titulat i col·legiat,
degudament autoritzat per exercir la professió, i adjunta la recepta mèdica corresponent.

Santa Coloma de Gramenet a ____ de setembre de 20__

Signatura pare, mare, tutor o tutora legal