escola concertada

E. ACADÈMIA apiària
CENTRE PRIVAT CONCERTAT PER LA GENERALITAT DE CATALUNYA

C/ La Plana, nº 4
08784 PIERA (Barcelona)

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na ……..…… amb DNI ……..…….. com a (pare, mare o tutor/a legal) de l'alumne/a …….. del curs ……..., **autoritzo l'administració** del medicament que ha de prendre el meu fill/a, explicitat a continuació.

Pautes d'administració.

NOM MEDICAMENT	HORARI	DOSI
Observacions:		

Amb aquesta autorització assumeixo tota la responsabilitat dels efectes o qualsevol contraindicació que pugui aparèixer com a resultat del subministrament del medicament al meu fill/a, eximint a l' escola de responsabilitats.

Piera, a …… de …… 20…

Firma pare / mare / tutor/a legal.