



FECIB
Col·legi Sant Vicenç de Paül
Cas Capiscol

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____ pare/mare o tutor/ legal de
l'alumne/a _____
autoritza al personal docent de l'escola a administrar el següent medicament

els dies _____
amb la següent dosis _____

En cas que el tractament farmacològic requereixi recepta mèdica, s'haurà de presentar una fotocòpia del tractament prescrit pel pediatre.

Signatura de mare, pare, tutor/a legal.

_____, d _____ de _____



FECIB
Col·legi Sant Vicenç de Paül
Cas Capiscol

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

_____ padre/madre o tutor/a legal del/la
alumno/a _____
autoriza al personal docente del colegio a administrar el siguiente medicamento

los días _____
con la siguiente dosis _____

En caso que el tratamiento farmacológico requiera receta médica, se deberá presentar una fotocopia del tratamiento prescrito por el/la pediatra.

Firma de madre, padre, tutor/a legal.

_____, d _____ de _____

