



**SOL·LICITUD DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA**  
(Emplenar només en cas de necessitat)

En/Na \_\_\_\_\_

amb D.N.I. \_\_\_\_\_ com a pare, mare, tutor/a

de \_\_\_\_\_ autoritzo al mestre/a i/o

personal de l'escola a **administrar el següent medicament:**

\_\_\_\_\_

Amb les dosis següents: \_\_\_\_\_

Dies/hores d'administració: \_\_\_\_\_

Propòsit del medicament: \_\_\_\_\_

Possibles efectes secundaris (si cal): \_\_\_\_\_

**NOTA: cal adjuntar recepta o informe mèdic.**

Signatura del pare/mare/tutor/a

Igualada, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.