

**MODEL D'AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A ALUMNES DEL CENTRE FRANGOAL DE CASTELLDEFELS**

En/na …......................................................................., com a pare/mare/tutor/tutora de l'alumne/a …..........................................................., del curs …............................,

**SOL·LICITO A LA DIRECCIÓ DEL CENTRE:**

Que donin al meu fill/a el medicament **que proporciono** i **la recepta del qual acompanyo** amb aquest escrit a les hores següents …......................., amb la dosis...........................i durada del tractament................... i

**AUTORITZO** al personal del centre la seva administració i **ASSUMEIXO** qualsevol responsabilitat derivada d'aquesta administració.

Signatura

El pare/mare/tutor/tutora

Castelldefels, …..... de …............................... de …..........