



**AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

---

**Dades del pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a**

---

Nom i cognoms

NIF/NIE/Passaport

--	--

**Dades de l'alumne/a**

---

Nom i cognoms

NIF/NIE/Passaport

Curs i Grup

--	--	--

**AUTORITZO**

---

El centre educatiu a administrar \_\_\_\_\_ al meu fill/a, amb la següent  
dosi \_\_\_\_\_, en cas de necessitat.

Sant Vicenç de Montalt, a \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Signatura del pare/mare/tutor/a de l'alumne/a

**Sr. /Sra. Director/a de l' Institut Esteve Albert**