



e . b . m . laquitxallagurb

AUTORITZACIÓ SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

En/Na.....com a
mare/pare/tutor de l'alumne.....
sota la meua responsabilitat, demano i autoritzo expressament a l'equip docent de
l'Escola Bressol La Quitxalla de Gurb perquè administri al meu fill/a la següent
medicació:

Producte/Nom medicament:.....
Format del medicament (gotes, xarop, pomada, etc.):.....
Dosi/quantitat:.....
Horari.....
Calendari: des del dia fins el dia.....

Aquesta medicació ha estat indicada pel pediatre/ especialista:

Dr./Dra.

Per un diagnòstic de:

.....

Així mateix, exonero a l'Escola Bressol La Quitxalla de Gurb de tota responsabilitat pels
efectes directes i/o indirectes que aquesta medicació pugui ocasionar al meu fill/a.

Adjunto recepta mèdica.

Signat:

Gurb, de..... de