



Generalitat de Catalunya  
Departament d'Educació  
**Institut Montgròs**

Carrer Cristòfol Mestres, s/n  
08810 Sant Pere de Ribes  
Tel. 938961220  
Fax 938963638  
a8063904@xtec.cat  
<http://www.iesmontgros.cat>

## Autorització per l'administració de medicaments a l'alumnat

En/na \_\_\_\_\_ com a mare/pare/tutor/a de l'alumne/a  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ curs poso en coneixement del Centre,  
que el meu fill/a ha de prendre la següent:

MEDICACIÓ: \_\_\_\_\_

DURANT els dies: \_\_\_\_\_,

amb la següent DOSI: \_\_\_\_\_

I EN EL SEGÜENT HORARI: \_\_\_\_\_

Assumeixo la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura de la mare, pare o tutor/a legal:

Sant Pere de Ribes, \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Al tutor/a de l'alumne/a.**