



FULL D'AUTORITZACIÓ DE MEDICACIÓ

En / na

Amb DNI / NIE

com a(pare, mare o tutor legal) del nen o nena

..... alumne/a
de nivell d'Educació Infantil o Primària de l'escola Anxaneta de Mataró faig
constar que el meu fill o filla presenta

.....
per la qual cosa AUTORITZO AL CENTRE A ACTUAR SEGONS EL PROTOCOL ADJUNT
FENT-ME RESPONSABLE DELS EFECTES QUE ES DERIVIN D'AQUESTA ADMINISTRACIÓ.

Així mateix, en cas de fer requeriment dels serveis que s'ofereixen en el Centre (menjador,
activitats extraescolars, acollida matinal, acollida de 12 a 13h. , diferents casals i demés
activitats organitzades per l'AMPA en el centre) faig extensiva aquesta autorització al
personal responsable del servei de manera que, en cas de necessitat, pugui aplicar
l'esmentada actuació protocol·lària.

I per a que així consti signo la present a

Mataró de de 20__

Signatura del pare, mare o tutor legal

Aquest document ha d'anar acompanyat del protocol mèdic (recepta) on ha de figurar:

- nom del nen o nena
- diagnosi
- nom del medicament
- dosi i horari d'administració