



**C.P. XALOC**  
C/Palmira s/n  
07160 PEGUERA (Balears)  
Tlf.971 687864 Fax971 687853  
Email: [cpxaloc@educacio.caib.es](mailto:cpxaloc@educacio.caib.es)



**GOVERN DE LES ILLES BALEARS**  
Conselleria d'Educació i Cultura

## **AUTORITZACIÓ MEDICAMENT**

En/ Na\_(nom i cognoms) \_\_\_\_\_, com a  
pare/mare/tutor/a de la alumne/a \_\_\_\_\_,  
de \_\_\_\_\_nivell de Educació Infantil / Educació Primària,

### **SOL·LICITA:**

Que li sigui administrat el medicament prescrit en la recepta o informe del metge/metgessa que s'adjunta en el present document.

En el cas que sigui acceptada la sol·licitud, autoritza al mestre/a , monitor/a a administrar el medicament que consta en l'esmentada recepta amb les dosis prescrites en ella, eximint de tota responsabilitat al mestre/a , monitor/a.

Data i signatura

Peguera, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_de 200\_\_



**C.P. XALOC**  
C/Palmira s/n  
07160 PEGUERA (Balears)  
Tlf.971 687864 Fax971 687853  
Email: [cpxaloc@educacio.caib.es](mailto:cpxaloc@educacio.caib.es)



**GOVERN DE LES ILLES BALEARS**  
Conselleria d'Educació i Cultura

## **AUTORIZACIÓN MEDICAMENTO**

Sr / Sra (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_,  
como padre/madre/tutor/a del alumno/a \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ nivell de Educació Infantil / Educació Primària,

### **SOLICITA:**

Que le sea administrado el medicamento prescrito en la receta o informe del médico que se adjunta en el presente documento.

En el caso que sea aceptada la solicitud, autoriza al maestro/a , monitor/a a administrar el medicamento que consta en dicha receta con las dosis prescritas en ella, eximiendo de toda responsabilidad al maestro/a , monitor/a.

Fecha y firma

Peguera, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_