



FUNDACIÓ EDUCATIVA

**FEDAC**

**HORTA**

1. [Autorització Recollida Alumne/a](#)
2. [Sol·licitud Administració Medicació](#)



## AUTORITZACIÓ RECOLLIDA ALUMNE/A

En/Na \_\_\_\_\_ amb D.N.I. núm: \_\_\_\_\_

Pare/mare de l'alumne/a \_\_\_\_\_ de la classe \_\_\_\_\_

**AUTORITZA** la següent persona a recollir-lo/la el dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a les \_\_\_\_ hores

### DADES PERSONA AUTORITZADA

Nom i Cognoms \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONS

### SIGNATURA

Barcelona, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.

## SOL·LICITUD ADMINISTRACIÓ MEDICACIÓ

En/Na \_\_\_\_\_ amb D.N.I. núm. \_\_\_\_\_

pare/mare de \_\_\_\_\_ alumne del \_\_\_\_ curs d'Educació

Infantil     Primària     Secundària     Batxillerat

### SOL·LICITA sota la seva única responsabilitat

que personal de FEDAC Horta / Serunió li administri al seu fill/filla el següent medicament segons s'indica eximint aquest personal de tota responsabilitat:

**MEDICAMENT** \_\_\_\_\_

**DOSI** \_\_\_\_\_ **HORARI** \_\_\_\_\_

Prescrit pel Dr/Dra. \_\_\_\_\_

Barcelona, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_.