

L'original cal que es doni al Tutor/a juntament amb la fotocòpia de la recepta, posteriorment s'arxivarà a secretaria.

En/Na \_\_\_\_\_ ,

pare/mare/tutor de l'alumne \_\_\_\_\_ ,

de \_\_\_\_\_ (Ed. Infantil, Primària o Secundària), any acadèmic 20\_\_ /20\_ ,

*Exposa:*

Que per prescripció mèdica i tal com indica la recepta que s'adjunta, el meu fill/a necessita prendre medicació en horari escolar.

*Demana:*

Que a l'escola se li doni el medicament que indica la recepta a fi que es dugui a terme el tractament recomanat per metge.

**Signatura del Pare/Mare/Tutor/a**

---

A l'at. Sr. Director de l'Escola La Salle Cassà.