



Autorització per a l'administració de medicaments

Nom i llinatges de l'alumne/a:.....

Curs:.....

Nom i llinatges del pare o de la mare o del tutor / de la tutora legal:

.....

Núm. Del document d'identitat:.....

Com a pare / mare / tutor legal AUTORITZ els professionals del centre educatiu a administrar a l'alumne/a en qüestió el medicament següent segons la pauta descrita:

Nom del medicament:.....

Dies en que s'ha d'administrar:.....

Dosi:.....

Pel que fa als medicaments que requereixen prescripció facultativa, aquesta autorització ha d'anar acompanyada de l'autorització mèdica corresponent (recepta mèdica, informe clínic o informe d'alta hospitalària).

Es demana a la persona responsable de l'alumne/a que, si és possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.

....., d de 20.....

[rúbrica]