



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI LECTIU

El/La Sr./Sra , amb DNI..... ,
com a representant legal de l'alumne/a

Manifesta

1. Que en data....., el doctor....., amb
núm. col·legiat....., ha prescrit que s'administri al/la menor la dosi
..... del medicament anomenat
cada, hores la qual cosa s'acredita amb una còpia testimoniada de la
prescripció facultativa.

És imprescindible adjuntar la còpia autèntica de la prescripció facultativa

2. Que ha decidit administrar l'anterior medicació eximint de qualsevol responsabilitat al
personal del centre i al propi centre
3. Que el nen/nena..... de curs ha de prendre la
medicació recomanada pel metge i que, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per
causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable.

Demana,

Que el personal del centre administri la medicació prescrita pel doctor
consistent en el medicament a administrar a les
..... hores en substitució i per ordre del representant legal del menor.

Barcelona, el dia..... de de

Signat Pare, mare o tutor