



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.....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 leshores en substitució i per ordre del
representant legal del menor.

Barcelona, el dia..... de de

Signat
Pare, mare o tutor