

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ ALS ALUMNES

D'acord amb la normativa del Departament d'Educació en relació a l'administració de medicaments a alumnes:

En/Na _____

com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____

del nivell _____, autoritzo i demano, sota la meua responsabilitat, que el personal del centre docent doni al meu fill/a la següent medicació:

Nom del medicament: _____
Dosi: _____
Horari: _____
Calendari: del dia _____ al dia _____
Indicada pel doctor/a _____
Per un diagnòstic de _____

El centre queda totalment exclòs de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura:

DNI:

Nota: Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament complimentada, i la recepta o informe del metge o metgessa on hi consti el nom de l'alumne/a, el centre no administrarà cap medicació.