

Autorització per a l'administració de medicaments a l'escola

V/La Sr./Sra _____ amb DNI _____ com a representant legal de

Manifesta

1.- Que en data _____ el doctor _____ amb nº col·legiat _____ ha prescrit que s'administri al menor la dosi _____ del medicament anomenat _____ cada _____ hores. S'acredita amb una còpia testimoniada 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 _____ a administrar cada _____ hores en substitució i per ordre del representant legal del menor

Data de la signatura:

Signatura del representant legal