**AUTORITZACIÓ D’ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ**

**A L’ALUMNAT**

D’acord amb la normativa del Departament d’Ensenyament 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 meva responsabilitat, que

el personal del centre: Escola Pi d’en Xandri 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 |  |

Tant l’escola com el personal de centre que té cura de l’alumne/a quedarà

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.**

