



AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICAMENTS

En/na
.....,

amb DNI o passaport, com a pare / mare / tutor legal de
l'alumne/a

....., nivell,

i que sobre el mateix ostenta la pàtria potestat i la representació legal.

Manifesto que estic assabentat/da que l'administració de medicaments en horari escolar requerirà que:

1. Aporti una recepta, certificat o informe del metge/ssa on consti el nom del meu/va fill/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre.
2. Aporti un escrit signat on es demani i s'autoritzi al personal del centre docent que administri al meu/va fill/a la medicació prescrita.
3. Aporti diàriament el medicament al centre mentre duri la seva prescripció.
4. Que el medicament en qüestió no hagi de ser administrat per personal amb una formació determinada.

El centre recomana que, sempre que sigui possible, es combini la pauta mèdica fora de l'horari escolar.

SIGNATURA DEL PARE/MARE/TUTOR

Bigues i Riells, d'..... de 2_____

