



Autorització per l'administració de medicaments

SERVEI DE MENJADOR DE L' ESCOLA _____

Jo , en /na _____

amb DNI _____ com a mare/pare o tutor del

alumne/a _____ del Curs _____

Autoritzo sota la meva responsabilitat, que el personal del servei de menjador de la escola _____ gestionat per l'empresa SERVEI D'APATS, S.L. pugui administrar al meu fill/filla el medicament específic que, per la seva al·lèrgia / intolerància, requereixi en cas de necessitat i /o urgència.

S'eximeix de tota responsabilitat de qualsevol gènere si en l'ús del deure de socòrrer es produeix una aplicació o situació anòmla amb la medicació de rescat (adrenalina intramuscular) i/o altres medicacions suministrades

NOM DEL MEDICAMENT: _____

DOSI A ADMINISTRAR : _____

Aquesta autorització ha d'anar acompanyada del informe mèdic on explica el protocol d'actuació, simptomatologia i de tota la documentació /formació específica que calgui per fer un ús correcte

_____ a _____ de/d' _____ de 20__

MARE,PARE O TUTOR LEGAL

(SIGNATURA)