

CONSENTIMENT INFORMAT PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na amb DNI

Pare/mare o tutor/a de l'alumne.....

SOL·LICITO: que el personal del centre educatiu ESCOLA MALLORCA administri al/la meu/va fill/a la medicació que es detalla en la recepta i/ o informe mèdic que adjunto, amb el nom del metge, el nom del medicament , la dosi prescrita i el temps de duració. **(Només en els cas que sigui imprescindible la seva administració en horari lectiu)**

AUTORITZO: que se li administri aquesta medicació, i l'eximeixo de qualsevol responsabilitat derivada de l'administració del medicament.

Signatura del pare/mare o tutor/a legal

Nom i cognoms:

Data:



Londres, 64
0806 Barcelona
Tel.: 93 444 26 82
www.xtec.cat/ceip-mallorca
ceip-mallorca@xtec.cat



**Consorci d'Educació
de Barcelona**
Generalitat de Catalunya
Ajuntament de Barcelona