

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo _____ amb DNI _____ ,
com a responsable legal de l'alumne/a _____

_____ del curs _____ **DEMANO I AUTORITZO** a l'escola Pare

Ramon Castelltort i Miralda d'Igualada que administri la medicació necessària, indicada pel metge mitjançant recepta, i em faig responsable de les conseqüències en cas de produir-se efectes secundaris de resultes de la medicació.

Nom del medicament

Dosi

Com s'ha d'administrar?

Horari

Conservació

☐ Cal nevera

☐ No cal nevera

ADJUNTO:

☐ Còpia de la recepta mèdica

☐ Medicament (en dosi individual quan sigui possible) marcat amb el nom de l'alumne/a i el curs.

☐ Full d'autorització emplenat i signat

Signatura del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a:

Igualada, _____ de _____ de 20____

T. 93.803.37.63

www.ramoncastelltort.cat

C/Comarca nº83, Igualada