

# AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ ALS/LES ALUMNES



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 Can  
Deu 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  
consti el nom de l'alumne/a, el centre no administrarà cap m  
medicació.**

**AUTORITZACIÓ PER RECOLLIR  
GERMANS A LA SORTIDA**