



## ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS

En/Na .....

amb DNI .....

com a pare/mare/tutor/a de l'alumne/a

..... de ..... curs.

**DEMANO** al director/a de l'escola \_\_\_\_\_ i **AUTORITZO** al mestre/a i/o monitor/a que li sigui subministrat el següent medicament dins de l'horari escolar o de menjador, sota la meva responsabilitat i per prescripció mèdica.

NOM MEDICAMENT: .....

DOSIS A ADMINISTRAR: .....

HORARI DE L'ADMINISTRACIÓ: .....

DIES PREVISTOS DE DURACIÓ DEL TRACTAMENT: .....

.....

L'escola \_\_\_\_\_ de la ZER L'Horta de Lleida queda totalment exclosa de les responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Lleida a ..... de ..... de 20.....

Signatura pare, mare, tutor/a

Adjunto recepta o informe mèdic, on hi consta el nom del meu/va fill/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre.