



SOL·LICITUD I AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/ Na com a mare, pare o
tutor legal de l'alumne/a del
nivell

Sol·licito, sota la meva responsabilitat, que el personal del centre docent
li pugui administrar al meu fill/a el medicament adjunt amb la
prescripció mèdica corresponent.

Per això autoritzo als mestres o al personal del centre docent que
correspongui l'administració de la medicació al meu fill/a, segons la
seva prescripció, eximint al centre de tota responsabilitat dels efectes
que aquesta medicació li pugui ocasionar.

Nom del medicament:		
Del dia..... al dia.....	Hores	Dosi

Cambrils, de /d' de 20.....

Mare, pare o tutor legal

(signatura)

IMPORTANT: S'ha de lliurar al/la tutor/a:

- Aquest full de sol·licitud i autorització
- La corresponent prescripció mèdica
- El medicament