



## SOL·LICITUD I AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Escola Mas Clariana

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.