

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT

Dades del centre

Nom del centre	Codi del centre
INSTITUT ESCOLA PIERA	08076972
Adreça	
C/MOSSÈN JAUME GUIXÀ 26-28	
Municipi	Codi postal
PIERA	08784

Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms	
Data de naixement	Curs

Dades del pare, mare o representant legal

Nom i cognoms	DNI/NIE/Passaport
---------------	-------------------

DEMANO i AUTORITZO al centre que administri la medicació necessària indicada pel metge mitjançant recepta o informe mèdic adjunt *

Nom del medicament

Dosis

Hora d'administració del medicament.....

Durada del tractament.....

Altres indicacions.....

Aquesta autorització eximeix de tota responsabilitat a l'escola, sobre els efectes que aquest medicament pugui causar en el seu fill/a.

Nom i signatura:

Piera, de/d'..... de 20....