

ANNEX 5**AUTORITZACIÓ PER A
L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS¹****DADES DEL PARE, MARE O TUTOR LEGAL**

DNI/NIE		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge	
Adreça postal			
Codi postal		Municipi	
Telèfons de contacte			

DADES DE L'ALUMNE/A

Nom			
Primer llinatge		Segon llinatge	
Nivell escolar			
Centre educatiu			

AUTORITZ:	
el personal del centre educatiu a administrar a l'alumne esmentat el medicament que s'indica a continuació segons la marca prescrita, i l'alliber de tota responsabilitat.	
Nom del medicament	
Pauta (dia, hora i durada en què s'ha d'administrar)	
Dosi	

L'equip directiu ha d'informar el personal del centre educatiu (responsables directes de la supervisió del menor) sobre la patologia crònica que té l'alumne, per facilitar la coordinació de l'atenció sanitària i l'administració de medicació en els termes necessaris per a una atenció adequada.

_____, ____ d _____ de 202_

[rúbrica]

¹ Es demanarà al pare, mare o tutor legal de l'alumne que, si és possible, l'horari d'administració de medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.