



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Naamb DNI, NIE o passaport número en qualitat de pare / mare / tutor o tutora legal del alumne/a

AUTORITZ al personal del centre educatiu, alliberant-lo de tota responsabilitat, a administrar a l'alumne o de l'alumna en qüestió, el medicament següent segons la pauta prescrita:

Nom del medicament:

Dies en què s'ha d'administrar:

Dosi:

Pel que fa als medicaments que requereixen prescripció facultativa, aquesta autorització ha d'anar acompanyada de l'autorització mèdica corresponent (recepta mèdica, informe mèdic o informe d'alta hospitalària). Es demana a la persona responsable de l'alumne o de l'alumna que, si és possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.

Antoni de Portmany, a..... de/d'..... de 2.0.....

Signatura del pare, mare, tutor o tutora legal

Com a pare / mare / tutor o tutora legal,

AUTORITZ a l'equip directiu per informar al personal del centre educatiu sobre la patologia crònica de l'alumne o de l'alumna en qüestió, facilitant la tasca coordinada d'Atenció sanitària i/o administració de medicació:

Antoni de Portmany, a..... de/d'..... de 2.0.....

Signatura del pare, mare, tutor o tutora legal