

SOL·LICITUD I AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS AL COL·LEGI

En/Napare/mare/tutor/tutora de
l'alumne/adel curs

SOL·LICITA

1. Que el personal de l'escola administri la medicació prescrita pel doctor/a....., n° col·legiat..... en data..... consistent en..... a administrar en substitució i per ordre de (pare/mare o tutor).
2. S'acompanya una còpia autèntica de la prescripció facultativa.
3. El (pare/mare o tutor) ha decidit pel seu compte i risc administrar la medicació prescrita eximint de qualsevol responsabilitat al personal del Col·legi i al propi col·legi.
4. El (pare/mare o tutor) declara que el nen/nena.....pot prendre la medicació.....i, que en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable.

AUTORITZA el personal del Col·legi Sant Gabriel a administrar al seu fill/a la medicació **prescrita en la recepta adjunta.**

Medicament:..... Dosi:..... Horari:.....

Medicament:..... Dosi:..... Horari:.....

Medicament:..... Dosi:..... Horari:.....

Data inici tractament

Data final tractament

Sant Adrià del Besòs, de de 202.....

Signat pare/mare/tutor