



Autorització per a l'administració de medicaments

Dades personals del pare, mare o representant legal.

Nom i llinatges:
DNI/NIE:
Telèfons de contacte:

Dades personals de l'alumne/a

Nom i llinatges:
Data de naixement:
Centre educatiu:
Nivell escolar:

Autoritz:

El personal del centre educatiu i l'alliber de tota responsabilitat a administrar a l'alumne/a en qüestió el medicament següent segons la pauta prescrita:

Nom del medicament:

Pauta (dies i temps en què s'ha d'administrar):

Dosi:

L'equip directiu informará el personal del centre educatiu (responsables directes de la supervisió del menor) sobre la patologia crònica de l'alumne/a en qüestió, per facilitar la tasca coordinadora d'atenció sanitària i l'administració de medicació en els termes necessaris per a una atenció adequada.

Signatura i data,

Es demana al pare, mare o representant legal de l'alumne/a que, sempre que sigui possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.