



SOL·LICITUD I AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE
MEDICAMENTS

En/Na _____ com a mare, pare o tutor legal del alumne/a
_____ del nivell _____.

Sol·licito, sota la meua responsabilitat, que el personal del centre docent li pugui administrar al meu fill/a el medicament adjunt amb la prescripció mèdica corresponent.

Per això autoritzo als professors/es o al personal del centre docent que correspongui l'administració de la medicació al meu fill/filla, segons la seva prescripció, eximint al centre de tota responsabilitat dels efectes que aquesta medicació li pugui ocasionar.

Nom del medicament:		
Del dia: _____ al dia _____	Hores	Quantitat

Cambrils, ___ de/d' _____ de _____.

Mare, pare o tutor legal
(signatura)

IMPORTANT: S'ha de lliurar al/la **tutor/a:**

- Aquest full de sol·licitud i autorització
- La corresponent prescripció mèdica
- El medicament