

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

El Sr./La Sra. _____ pare/mare/tutor/tutora de l'alumne/a _____ del curs _____

SOL·LICITA

1. Que el personal de l'escola administri la medicació prescrita pel doctor/a _____, n^o 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, a _____ de _____ de 2.01____

Signat pare/mare/tutor