

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 \_\_\_\_\_, nº 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