



Autorització per a l'administració de medicaments ¹

Dades personals del pare, mare o representant legal			
Nom i llinatges	<input type="text"/>	DNI/ NIE	<input type="text"/>
Telèfons de contacte	<input type="text"/>		

Dades personals de l'alumne/a			
Nom i llinatges	<input type="text"/>	Data de naixement	<input type="text"/>
Centre educatiu	<input type="text"/>	Nivell escolar	<input type="text"/>

Autoritz:

al 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:

<i>Nom del medicament</i>	<input type="text"/>
<i>Pauta (dies i temps en què s'ha d'administrar)</i>	<input type="text"/>
<i>Dosi</i>	<input type="text"/>

L'equip directiu informarà 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.

, de/d' de 20

[firma]

¹ 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.