



AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR UN MEDICAMENT A UN/A ALUMNE/A

Jo, _____ pare/mare/tutor/a de
l'alumne/a _____ que actualment està cursant
_____ a l'**Escola Marta Mata** del Vendrell, autoritzo i demano a l'escola que
administri al meu/va fill/a el següent medicament, amb les següents dosis (a l'hora
indicada) i durant els següents dies:

Medicament: _____

Dosis: _____

Dies que cal donar-li: _____

Hora que cal donar-li: _____

Signo aquesta autorització perquè m'és impossible per horari poder-li administrar al meu/va
fill/a aquest medicament.

- He adjuntat la recepta o informe del metge o metgessa on consta el nom de l'alumne/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre tal i com dicten les instruccions d'inici de curs dictades pel Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya.
- El personal del centre sols podrà administrar un medicament només en els casos en què poguessin fer-ho el pare, la mare o el tutor/a legal, sense una formació especial; en cas contrari, si el medicament ha de ser administrat per personal amb una formació determinada, caldrà que el centre es posi en contacte amb el centre d'assistència primària més proper.

El Vendrell, ____ de _____ de 201____

Signatura i DNI.