



ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS

En/Na

amb DNI

com a pare/mare/tutor/a de l'alumne/a
..... de curs.

DEMANO al director/a de l'escola i **AUTORITZO** al mestre/a
i/o monitor/a que li sigui subministrat el següent medicament dins de l'horari
escolar o de menjador, sota la meva responsabilitat i per prescripció mèdica.

NOM MEDICAMENT:

DOSIS A ADMINISTRAR:

HORARI DE L'ADMINISTRACIÓ:

DIES PREVISTOS DE DURACIÓ DEL TRACTAMENT:

.....

L'escola de la ZER L'Horta de Lleida queda
totalment exclosa de les responsabilitats pels efectes que aquesta medicació
pugui ocasionar.

Lleida a de de 20.....

Signatura pare, mare, tutor/a

Adjunto recepta o informe mèdic, on hi consta el nom del meu/va fill/a, la pauta
i el nom del medicament que ha de prendre.