



# Escola LA IMMACULADA

Centre concertat per la Generalitat de Catalunya

Fundació Educació Catòlica de la Diòcesi de Sant Felú de Llobregat

## SOL·LICITUD D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

En.....amb DNI. núm. ....  
com a pare/mare/tutor de l'alumne/a .....  
de ..... curs, d'Educació .....

Demana,

1r - Que el personal de l'escola administri al seu fill/a la medicació prescrita pel doctor....., núm. col·legiat..... en data..... consistent en:

Nom del medicament.....

Dosi : ..... Horari : .....

Data inici : ..... Data final : .....

en substitució i per ordre de (pare/mare o tutor).

2n - S'acompanya una còpia autèntica de la prescripció facultativa.

3r - El (pare/mare o tutor) ha decidit pel seu compte i risc administrar la medicació prescrita pel Doctor (veure apartat 1) eximint de qualsevol responsabilitat al personal de l'escola i al propi centre.

4t - El (pare/mare o tutor) declara que el seu fill/a pot prendre la medicació indicada i, que en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable.

Signatura pare/mare/tutor

Sant Vicenç dels Horts, ..... de/d'.....de 20.....