

DEMANDA D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT

En/Na _____, amb DNI _____
com a representant legal de l'alumne _____,

Manifesta

1.- Que en data _____, el doctor _____, amb nº
col·legiat _____ ha prescrit que s'administri al meu fill/a la dosi _____
del medicament anomenat _____ cada _____ hores.
S'acredita amb una còpia testimoniada de la prescripció facultativa.

2.- Que ha decidit administrar l'anterior medicació eximint de qualsevol responsabilitat al
personal del centre i al propi centre.

3.- Que el nen/nena _____ ha de prendre la medicació recomanada pel metge i
que, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n
fa l'únic responsable.

Demana,

Que el personal del centre administri la medicació prescrita pel doctor consistent en
_____ a administrar cada _____ hores en substitució i per ordre del
representant legal del menor

Barcelona, __ de _____ de _____

Signatura