

AUTORITZACIÓ MEDICACIÓ

Jo, _____ [Nom i Cognoms del pare, mare o tutor], amb DNI/NIE _____ [Número de document], responsable de _____ [Nom de l'infant].

AUTORITZO a : persones de direcció i coordinació del Casal.

Administrar-li la medicina pertinent tal i com descriu a continuació:

– NOM DEL MEDICAMENT:

– DOSI I HORES D'ADMINISTRACIÓ:

– EN QUIN MOMENT O SITUACIÓ S'APLICA:

-PROCEDIMENT D'APLICACIÓ:

En la meua qualitat de mare/pare/tutor/a legal de l'alumne/a a dalt referit, SOL·LICITO I AUTORITZO a què es procedeixi a l'administració de la medicació descrita per part del seu tutor/a o, si escau, del professional sota el cura es trobi en aquests moments. Així mateix, per la present eximeixo el centre de qualsevol responsabilitat que es pugui derivar en cas d'empitjorament de la salut del meu fill/a tutelat/da, sempre que l'administració s'hagi efectuat d'acord amb les indicacions corresponents.

Montornès del Vallès, ____ de _____ de 20__