



## AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS.

Nom i llinatges de l'usuari/a: \_\_\_\_\_  
del menjador del CEIP ESCOLA NOVA.

Nom i llinatges del pare o de la mare o del tutor/a legal:

\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ com a pare/mare/tutor/tutora legal,  
AUTORITZ al personal del menjador del CEIP ESCOLA NOVA, alliberant-lo de  
tota responsabilitat, a administrar a l'usuari/a en qüestió, el medicament  
següent segons la pauta prescrita:

Nom del medicament: \_\_\_\_\_

Dies en què s'ha d'administrar: \_\_\_\_\_

Dosi: \_\_\_\_\_

Pel que fa als medicaments que requereixen prescripció facultativa, aquesta autorització ha d'anar acompanyada de l'autorització mèdica corresponent (recepta mèdica, informe mèdic o informe d'alta hospitalària). Es demana a la persona responsable de l'alumne/alumna que, si és possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.

Porreres a, ..... d ..... de 20.....

Signat: \_\_\_\_\_