

ANNEX 5

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS¹

DADES DEL PARE, MARE O TUTOR LEGAL

DNI/NIE			Nom	
Primer llinatge			Segon llinatge	
Adreça postal				
Codi postal		Municipi		
Telèfons de contacte				

DADES DE L'ALUMNE/A

Nom			
Primer llinatge		Segon llinatge	
Nivell escolar			
Centre educatiu			

AUTORIZA:

el personal del centre educatiu a administrar a l'alumne esmentat el medicament que s'indica a continuació segons la marca prescrita, i l'alliber de tota responsabilitat.

Nom del medicament	
Pauta (dia, hora i durada en què s'ha d'administrar)	
Dosi	

L'equip directiu ha d'informar el personal del centre educatiu (responsables directes de la supervisió del menor) sobre la patologia crònica que té l'alumne, per facilitar la coordinació de l'atenció sanitària i l'administració de medicació en els termes necessaris per a una atenció adequada.

_____, ____ d _____ de 202_

[rúbrica]

¹ Es demanarà al pare, mare o tutor legal de l'alumne que, si és possible, l'horari d'administració de medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.