



## **Autorització per a l'administració de medicaments**

### **Dades personals del pare, mare o representant legal.**

Nom i llinatges:

DNI/NIE:

Telèfons de contacte:

### **Dades personals de l'alumne/a**

Nom i llinatges:

Data de naixement:

Centre educatiu:

Nivell escolar:

### **Autoritz:**

El personal del centre educatiu i l'alliber de tota responsabilitat a administrar a l'alumne/a en qüestió el medicament següent segons la pauta prescrita:

### **Nom del medicament:**

### **Pauta (dies i temps en què s'ha d'administrar):**

### **Dosi:**

L'equip directiu informarà el personal del centre educatiu (responsables directes de la supervisió del menor) sobre la patologia crònica de l'alumne/a en qüestió, per facilitar la tasca coordinadora d'atenció sanitària i l'administració de medicació en els termes necessaris per a una atenció adequada.

Signatura i data,

**Es demana al pare, mare o representant legal de l'alumne/a que, sempre que sigui possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.**