

## AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRAMENT DE MEDICACIÓ AL CENTRE

Jo, \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_,  
com a pare/mare/tutor/tutora legal de l'alumne/a \_\_\_\_\_,  
del curs \_\_\_\_\_, grup \_\_\_\_\_, del CEIP Miguel Hernández, d'Alcoi.

Per la present, sol·licite que s'arbitren els mitjans necessaris per administrar la medicació específica al meu fill/a, segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten.

A continuació, s'inclou la documentació pertinent per a la seva consideració:

El/la menor \_\_\_\_\_ ha de rebre en horari escolar la següent medicació:

- Medicació (nom comercial del producte): \_\_\_\_\_
- Dosi: \_\_\_\_\_
- Hora d'administració: \_\_\_\_\_
- Procediment/via per a la seva administració:  
\_\_\_\_\_
- Durada del tractament: \_\_\_\_\_
- Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament: \_\_\_\_\_
- Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu que prescriu el tractament: \_\_\_\_\_

Data:

\_\_\_\_\_

Signat: \_\_\_\_\_ Núm. Col.: \_\_\_\_\_

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, amb domicili a \_\_\_\_\_  
i NIF \_\_\_\_\_, en qualitat de pare/mare/tutor/tutora legal de  
l'alumne/a \_\_\_\_\_.

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa, de tots els aspectes relatius a l'administració de la medicació prescrita a l'alumne/a en temps escolar i dóna el seu consentiment per a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

En Alcoi, a \_\_\_\_ d'/de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Signatura

Nom i Cognoms del Pare/Mare/Tutor

## AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN AL CENTRO

Yo, \_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_.

como padre/madre/tutor/tutora legal del alumno/a \_\_\_\_\_, del curso \_\_\_\_\_ y grupo \_\_\_\_\_ del CEIP Miguel Hernández, de Alcoy.

Por la presente, solicito que se arbitren los medios necesarios para administrar la medicación específica a mi hijo/a, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

A continuación, se incluye la documentación pertinente para su consideración:

El/la menor \_\_\_\_\_ debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

Medicamento (nombre comercial del producto): \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Hora de administración: \_\_\_\_\_

Procedimiento/vía para su administración: \_\_\_\_\_

Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento: \_\_\_\_\_

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo que prescribe el tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Núm. Col.: \_\_\_\_\_

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, en domicilio a \_\_\_\_\_ y NIF \_\_\_\_\_, en calidad de padre/madre/tutor/tutora legal del alumno/a \_\_\_\_\_.

Indica que ha sido informado/a por el médico/la médica, de todos los aspectos relativos a la administración de la medicación prescrita al alumno/a en tiempo escolar y da su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no sanitario.

En Alcoy, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_.

Firma:

Nombre y apellidos del Padre/Madre/Tutor/Tutora

