

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

