



G CONSELLERIA
O EDUCACIÓ
I I UNIVERSITAT
B DIRECCIÓ GENERAL
/ INNOVACIÓ
I COMUNITAT EDUCATIVA

ANNEX 6

Autorització per a l'administració de medicaments ¹

[Nom i Llinatges] _____
, amb el número de document d'identidad _____, com a pa- re, mare o tutor/a legal de l'alumne/a _____
_____, del centre educatiu _____
_____ del nivell escolar _____
AUTORITZ El personal del centre educatiu, i l'alliber de tota responsabilitat, a administrar a l'alumne/a en qüestió, el medicament ¹ següent segons la pauta prescrita: Nom del medicament: _____ Dies en què s'ha d'administrar: _____ Dosi: _____ L'equip directiu informará 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. [data] _____
[rúbrica] _____

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

|