



CEIP SANT JORDI

Ctra. Aeroport s/n

07817 Sant Jordi

Eivissa

Tel. 971395167 Fax 971395549

email: ceipsantjordi.eivissa@educaib.eu

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Nom i llinatges de l'alumne/a: _____

Centre educatiu: _____

Curs: _____

Nom i llinatges del pare o de la mare o del tutor o de la tutora legal:

Núm. del document d'identitat: _____

Com a pare o mare o tutor o tutora legal, AUTORITZ el personal del centre educatiu, alliberant-lo de tota responsabilitat, a administrar a l'alumne o de l'alumna en qüestió, el medicament següent segons la pauta prescrita:

Nom del medicament: _____

Dies en què s'ha d'administrar: _____

Dosi: _____

Pel que fa als medicaments que requereixen prescripció facultativa, aquesta autorització ha d'anar acompanyada de l'autorització mèdica corresponent (recepta mèdica, informe mèdic o informe d'alta hospitalària). Es demana a la persona responsable de l'alumne o de l'alumna que, si és possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.

_____, _____ d _____ de 20____

(rúbrica)

Com a pare o mare o tutor/a legal, AUTORITZ l'equip directiu per informar al personal del centre educatiu sobre la patologia crònica de l'alumne/a en qüestió, facilitant la tasca coordinada d'Atenció sanitària i/o administració de medicació:

_____, _____ d _____ de 20____

(rúbrica)

**CEIP SANT JORDI**

Ctra. Aeroport s/n

07817 Sant Jordi

Eivissa

Tel. 971395167 Fax 971395549

email: ceipsantjordi.eivissa@educaib.eu

AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS

Nombre y apellidos del alumno/a: _____

Centro educativo: _____

Curso: _____

Nombre y apellidos del padre o de la madre o del tutor o de la tutora legal:

Núm. del documento de identidad: _____

Como padre o madre o tutor o tutora legal, AUTORIZO al personal del centro educativo, liberándolo de toda responsabilidad, a administrar al alumno o de la alumna en cuestión, el medicamento siguiente según la pauta prescrita:

Nombre del medicamento: _____

Días que se tiene que administrar: _____

Dosis: _____

Referente a los medicamentos que requieren prescripción facultativa, esta autorización tiene que ir acompañada de la autorización médica correspondiente (receta médica, informe médico o informe de alta hospitalaria). Se pide a la persona responsable del alumno o de la alumna que, si es posible, el horario de administración de los medicamentos no coincida con el horario escolar.

_____, _____ d _____ de 20____

(firma)

Como padre o madre o tutor/a legal, AUTORIZO al equipo directivo para informar al personal del centro educativo sobre la patología crónica del alumno/a en cuestión, facilitando la tarea coordinada de Atención sanitaria i/o administración de medicación:

_____, _____ d _____ de 20____

(firma)