FUNDACIÓ EDUCATIVA
FEDAC
MONTCADA

AUTORITZACIÓ PER A ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ A ALUMNES

En/Na ....., major d'edat, amb DNI..... pare/mare o tutor/a de l'alumne..... que cursa estudis en el .....curs de l'etapa educativa de ..... al centre concertat FEDAC Montcada.

EXPOSA:

PRIMER. Que el meu/va fill/a ha estat diagnosticat/da per personal sanitari qualificat de .....(s'adjunta informe mèdic).

SEGON. Que com a conseqüència de l'anterior, el seu pediatre li ha prescrit la següent mediació:

.....

TERCER. Que la medicació que li ha estat prescrita ha de ser administrada, entre altres preses, dins de l'horari escolar o dins del servei de menjador, com s'especifica a continuació:

Dia..... Dosificació:.....

Hora de l'administració:..... Total dies administració:.....

Observacions:.....

.....

QUART. Que em comprometo a facilitar al centre la medicació que assenyala l'apartat segon, i a renovar en els supòsits de caducitat i/ o finalització del medicament.

SOL·LICITA I AUTORITZA:

Que es procedeixi a l'administració de la medicació segons s'indica, per part del personal sota la cura que es trobi l'infant, eximint al centre educatiu de la responsabilitat que puguin originar-se per l'administració de la medicació per part de personal no sanitari.

Montcada i Reixac, a..... d..... de 20.....

Signatura pare/mare/tutor/a

FEDAC Montcada (centre concertat)
c/ Major, 29 - Tel 935 641 696 - 08110 Montcada i Reixac
www.fedac.cat/montcada
fedac.montcada@fedac.cat