



AUTORITZACIÓ MEDICACIÓ

El/La Sr./Sra.
amb DNI com a representant
legal de nen,

Manifesta

1.- Que en data, el doctor,
amb nº col·legiat ha prescrit que s'administri al menor la
dosi del medicament anomenat
cada hores. S'acredita amb una còpia testimoniada de la
prescripció facultativa.

2.- Que ha decidit administrar l'anterior medicació eximint de qualsevol
responsabilitat al personal del centre i al propi centre.

3.- Que el nen/nena
ha de prendre la medicació recomanada pel metge i que, en cas de qualsevol
incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n fa
l'únic responsable.

Demana,

Que el personal del centre administri la medicació prescrita pel doctor
consistent en a administrar
cada hores en substitució i per ordre del representant legal del
menor.

Signatura representant legal