

El/La Sr./Sra. _____, amb
DNI/NIE/Pass. _____ com a representant parental de
_____, de _____ curs d'Educació
(Infantil/Primària/Secundària) _____

MANIFESTA

1. Que en data _____, el doctor/a _____, amb núm. 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 medicament eximint de qualsevol responsabilitat al personal del centre docent i al propi centre.
3. Que el menor _____, 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 Dr. _____ consistent en _____ a administrar cada _____ hores en substitució i per ordre del representant legal del menor.

A _____ el dia ____ de _____ de 20 ____

El/la representant legal