

**CEIP SANT JORDI**

Ctra. Aeroport s/n

07817 Sant Jordi

Eivissa

Tel. 971395167 Fax 971395549

email: [ceipsantjordi.eivissa@educaib.eu](mailto: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](mailto: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)

