

SOL·LICITUD DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

El pare/mare/tutor _____
de l'alumne/a _____
de _____ curs, grup _____ d'Educació _____.

SOL·LICITA

1- Que el personal de l'escola subministri la medicació prescrita pel doctor _____ núm. col·leijat _____ en data _____ consistent en _____ a subministrar cada _____ hores en substitució i per ordre de (pare/mare/tutor).

2- El sotasignant acompanya còpia autèntica de la prescripció facultativa.

3- El sotasignant (pare/mare/tutor) ha decidit pel seu compte i risc subministrar la medicació prescrita pel doctor _____ eximint de qualsevol responsabilitat al personal de l'escola i a l'escola mateixa.

4- El sotasignant (pare/mare/tutor) declara que el nen/a _____ pot prendre la medicació _____ i, que en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa del subministrament prescrit, se'n fa l'únic responsable.

Signatura pare/mare/tutor _____

DNI _____

S'acompanya **DNI** de la persona que sol·licita la medicació