



DEMANDA D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

El/La Sr./Sra , amb DNI

com a representant legal de l'alumne

Manifesta

1. Que en data, el doctor, amb nº col.legiat ha prescrit que s'administri al menor el medicament anomenat..... la dosi..... cada hores.
S'acredita amb una copia 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, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, i se'n fa l'únic responsable.

Demana

Que el personal del Sagrat Cor de Sarrià administri la medicació següent, en substitució i per ordre del representat legal del menor.

Nom medicació.....

Dosi

Horari.....

Des del dia: Fins el dia:

Signat