

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT

Nom i cognoms alumne/a:

Curs:

Nom, cognoms i DNI dels dos progenitors, o del tutor/a legal:

-
-

Com a progenitors o tutor/a legal, **AUTORITZEM** el personal del centre educatiu, que no són professionals sanitaris, a administrar a l'alumne/a en qüestió el medicament que es dirà segons la pauta descrita, alliberant-lo de tota responsabilitat, i assumint els riscos de la seva actuació.

Patologia:

Nom del medicament:

Via d'administració (oral, injectable, etc.):

Dosis:

Hora d'administració:

Període d'administració (data): Des de:

fins:

Pel que fa als medicaments que requereixen prescripció facultativa, aquesta autorització ha d'anar acompanyada d'una còpia de l'autorització mèdica corresponent que inclogui tots els detalls del subministrament (recepta mèdica i, en el cas d'alumnes amb risc d'anafilaxi o patologia crònica, informe mèdic).

Lloc i data:

Signatura/res:

De conformitat amb allò establert als Articles 5 i 7 de la Llei orgànica 15/99, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, li informem que les dades que voluntàriament ens faciliti i a la recollida de les quals i tractament ens autoritza expressament, s'incorporaran als fitxers titularitat de ESCOLA D'OLVAN amb la finalitat d'administrar al menor al seu càrrec la medicació receptada pel seu metge (cal aportar recepta, en cas contrari no podrem subministrar medicació alguna).