



SOL·LICITUD DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

En/Na _____, amb DNI/NIE núm. _____,
com a pare/mare o tutor/a legal de l'alumne/a _____,
que cursa _____ d'Educació _____

1. Sol·licita que el personal del Col·legi Sagrada Família subministri, en substitució i per ordre de (pare/mare o tutor/a), la següent medicació prescrita pel doctor/a _____, núm. col·legiat/da _____ en data _____:

Nom de la medicació _____

Dosi que ha de prendre _____

Nº de vegades al dia que l'ha de prendre _____

Horari que ha de prendre el medicament _____

Durada del tractament _____

2. El sotasignat acompanya la present sol·licitud amb la **fotocòpia** de la prescripció facultativa (recepta metge).
3. El sotasignat és coneixedor que el centre no pot administrar cap medicació sense aquesta autorització i sense la fotocòpia de la prescripció facultativa.
4. El sotasignat (pare/mare o tutor/a) declara que l'alumne/a esmentat/ada pot prendre la medicació prescrita pel Doctor/a _____, que ha decidit subministrar-la pel seu compte i risc, eximint de qualsevol responsabilitat al personal de l'escola i a l'escola mateixa i, que en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa del subministrament prescrit se'n fa l'únic responsable.

Cornellà de Ll., a _____ d _____ de 20 _____

Signatura pare/mare o tutor/a legal

Les famílies SÓN RESPONSABLES de reposar aquell medicament que hagi de romandre a l'escola ABANS QUE AQUEST CADUQUI.



SOLICITUD DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

D./Dña _____, con DNI/NIE núm. _____,
como padre/madre/ tutor legal del alumno/a _____,
que cursa _____ de Educación _____

1. Solicita que el personal del Colegio Sagrada Familia subministre, en substitución y por orden del padre/madre o tutor legal, la siguiente medicación, prescrita por el/la doctor/a _____, núm. colegiado/a _____ en fecha _____:

Nombre de la medicación _____

Dosis que tiene que tomar _____

Nº de al día en que tiene que tomarla _____

Horario en que tiene que tomar el medicamento _____

Duración del tratamiento _____

2. El/la abajo firmante adjunta a esta solicitud **fotocopia** de la prescripción facultativa (receta del médico).
3. El/la abajo firmante es consciente que el centro no podrá administrar ninguna medicación sin la presente autorización y sin la fotocopia de la receta del médico.
4. El abajo firmante declara que el alumno/a citado/a puede tomar la medicación prescrita por el Doctor/a _____, que ha decidido subministrar-la por su cuenta y riesgo, eximiendo de cualquier responsabilidad al personal de la escuela y a la escuela misma y, que en caso de cualquier incidencia que pueda surgir per causa del suministro prescrito, se hace el único responsable.

Cornellà de Ll., a _____ d _____ de 20 _____

Firma del padre/madre o tutor legal

Las familias SON RESPONSABLES de reponer el medicamento que tenga que permanecer en la escuela ANTES QUE ESTE CADUQUE.