



(Centre concertat) C./Llarg, 60 – 17190 Salt
Tel 972 233 681 - Mail fedac.salt@fedac.cat

SOL·LICITUD DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

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

Sol·licita

1º.- Que el personal de l'escola subministri la medicació prescrita pel doctor....., Nº col·legiat..... en data..... consistent en..... a subministrar cadahores en substitució i per ordre de (pare/mare o tutor).

2º.- El sotasignat acompanya còpia autèntica de la prescripció facultativa.

3º.- El sotasignat (pare/mare o 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.

4º.- El sotasignat (pare/mare o tutor) declara que el nen/nena.....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

Data: