



C.E.I.P. S'OLIVERA
FINCA S'OLIVERA S/N
07813 PUIG D'EN VALLS
TEL I FAX 971 19 05 47
Adreça electrònica: ceipsolivera@educaib.eu

En / Na _____

amb D.N.I. n° _____ pare/mare o tutor/a legal de
l'alumne/a _____

autoritza el personal docent de l'escola , alliberant-lo de tota
responsabilitat a administrar al alumne/a en quèstió el següent

medicament _____

els dies _____

amb la següent dosi _____

En el cas que el tractament farmacològic requereixi recepta mèdica, s'haurà de presentar una fotocòpia del tractament prescrit per la pediatra o el pediatre. *Es demana a la persona responsable del alumne/a que, si és possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.*

Signatura de mare, pare, tutor o tutora legal

, d

de



C.E.I.P. S'OLIVERA
FINCA S'OLIVERA S/N
07813 PUIG D'EN VALLS
TEL I FAX 971 19 05 47
Adreça electrònica:ceipsolivera@educaib.eu

Sr. / Sra _____

con D.N.I. nº _____ padre/madre o tutor/a legal

del alumno/a _____

autoriza al personal docente de la escuela, liberándolo de toda responsabilidad, a administrar al alumno/a en cuestión el siguiente

medicamento _____

los días _____

con la siguiente dosis _____

En caso de que el tratamiento farmacológico requiera receta médica, se deberá presentar una fotocopia del tratamiento prescrito por la pediatra o el pediatra. *Se ruega a la persona responsable del alumno que, si es posible, el horario de administración de los medicamentos no coincida con el horario escolar.*

Firma madre, padre, tutor o tutora legal

, de

de