
 <p>COL·LEGI LA IMMACULADA Carrer Robert Graves, 38. Telèfon 971 - 73 12 29 07015 - PALMA</p>	<p style="text-align: center;">Autorització Administració de medicaments</p> <p style="text-align: center;"><b>Codi de Centre: 07002730</b> <b>Curs 12-13</b></p>	 <p>ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification</p> <p>PC 1 Data del document: 29.08.12</p>
--	---	--

D'acord amb la Resolució del conseller d'Educació i Cultura, de dia 11 de maig de 2011, per la qual s'aproven les Instruccions per a l'organització i el funcionament dels centres privats concertats d'educació infantil, primària i secundària,

El personal del centre no ha d'administrar cap tipus de medicament als alumnes per iniciativa pròpia. És per aquest motiu que SOL·LICITAM l'autorització escrita dels pares o tutors, segons annex 4 de les instruccions.

### **AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

En/Na \_\_\_\_\_ pare/mare o tutor/a legal

de l'alumne/a \_\_\_\_\_

Autoritza el personal docent de l'escola a administrar el següent medicament

\_\_\_\_\_ (nom), els dies \_\_\_\_\_

amb la següent dosi \_\_\_\_\_ .

En cas que el tractament farmacològic requereixi recepta mèdica, s'haurà de presentar una fotocòpia del tractament prescrit pel pediatre.

De acuerdo la Resolución del "conseller d'Educació i Cultura", de día 11 de mayo de 2011, por la cual se aprueban las Instrucciones para la organización y el funcionamiento de los centros privados concertados de educación infantil, primaria y secundaria,

El personal del centre no puede administrar ninguna medicación a los alumnos por iniciativa propia, por este motivo SOLICITAMOS la autorización escrita de los padres o tutores, según el anexo 4 de las instrucciones.

### **AUTORITZACIÓ PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

El Sr/Sra. \_\_\_\_\_ padre/madre o tutor/a legal

del alumno/a \_\_\_\_\_

Autoriza al personal docente del colegio a administrar el siguiente medicamento

\_\_\_\_\_ (nombre), los días \_\_\_\_\_

Con la siguiente dosis \_\_\_\_\_ .

En el caso que el tratamiento farmacológico requiera receta médica, deberá presentarse una fotocopia del tratamiento prescrito por el pediatra.

Signatura de mare, pare, tutor/a legal

Firma de la madre, padre o tutor/a legal

Palma de Mallorca, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_