



CERTIFICAT SOL·LICITUD
ADMINISTRACIÓ DE
MEDICAMENTS

Revisió 0
Pàgina 1 de 1

En /Na _____, major d'edat,
amb D.N.I. _____, i adreça en _____, en el
carrer/plaça _____. Com a mare/pare de
l'alumne _____, que cursa els seus
estudis en el nivell de _____ del
centre _____, **EXPOSA:**

PRIMER.- Que el meu fill/filla ha estat diagnosticat/da
de _____. *S'adjunta justificat mèdic.*

SEGON.- Que en la mesura possible, serem nosaltres com a pares, els
que intentarem donar la medicació o acudir al centre per a la seua
administració.

TERCER.- Que com a conseqüència del que he dit al punt primer,
necessita l'administració de medicaments, conforme a la posologia que ens
indica el justificant mèdic. Durant els dies _____.

QUART.- Mitjançant el present escrit, i donat que s'autoritza el
professorat a actuar en la forma indicada assumint funcions que no són pròpies
del docent, eximim de qualsevol responsabilitat al mateix i al centre docent.

A _____, a ____ de _____ 200 ____

Signat: _____
Pare/mare/tutor