

**DEMANDA D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT PUNTUAL**

El/La Sr./Sra ..... , amb DNI .....com a representant legal de  
..... ,

**Manifesta**

1.- Que en data....., el doctor....., amb nº col·legiat..... ha prescrit que s'administri al menor la dosi..... del medicament anomenat ..... cada .....hores. **S'acredita amb una còpia de l'informe mèdic i també la recepta.**

2.- Que ha decidit administrar l'anterior medicació eximint de qualsevol responsabilitat al personal del centre i al propi centre.

3.- Que el nen/na.....ha de prendre la medicació recomanada pel metge i que, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable.

**Demana,**

Que el personal del centre administri la medicació prescrita pel doctor..... consistent en..... a administrar cada .....hores en substitució i per ordre del representant legal del menor

A ..... el dia ... de .....de .....

**Sgt. Representant legal.**