

DEMANDA D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT PUNTUAL

El/La Sr./Sra , amb DNIcom 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 cadahores.

S'acredita amb una copia testimoniada de la prescripció facultativa.

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

3.- Que el nen/nena.....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 ... dede

Sgt. Representant legal.