

DEMANDA D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT PUNTUAL

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

Manifesta

1.- Que en data....., el doctor/a....., amb nº col·legiat..... ha prescrit que s'administri al menor la dosi..... del medicament anomenat cadahores. S'acredita amb una còpia 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 cadahores en substitució i per ordre del representant legal del menor

A el dia ... dede

Sgt. Representant legal.