



**Govern de les Illes Balears**

Conselleria d'Educació,  
Cultura i Universitats

Direcció General d'Ordenació,  
Innovació i Formació Professional

## ANNEX IV

### Autorització per a l'administració de medicaments

Nom i llinatges de l'alumne/alumna: .....

.....

Centre educatiu: .....

Curs: .....

Nom i llinatges del pare o de la mare o del tutor / de la tutora legal: .....

.....

Núm. del document d'identitat: .....

Com a pare / mare / tutor / tutora legal, AUTORITZ el personal del centre educatiu, alliberant-lo de tota responsabilitat, a administrar a l'alumne/alumna en qüestió, el medicament següent segons la pauta prescrita:

Nom del medicament: .....

Dies en què s'ha d'administrar: .....

Dosi: .....

*Pel que fa als medicaments que requereixen prescripció facultativa, aquesta autorització ha d'anar acompanyada de l'autorització mèdica corresponent (recepta mèdica, informe mèdic o informe d'alta hospitalària). Es demana a la persona responsable de l'alumne/alumna que, si és*



**Govern de les Illes Balears**  
Conselleria d'Educació,  
Cultura i Universitats  
Direcció General d'Ordenació,  
Innovació i Formació Professional

## ANNEX IV

*possible, l'horari d'administració dels medicaments no coincideixi amb l'horari escolar.*

....., ..... d ..... de 20.....

[rúbrica]

Com a pare / mare / tutor / tutora legal, AUTORITZ l'equip directiu per informar al personal del centre educatiu sobre la patologia crònica de l'alumne/alumna en qüestió, facilitant la tasca coordinada d'atenció sanitària i/o l'administració de medicació:

....., ..... d ..... de 20.....

[rúbrica]