



**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 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 menor .....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.**