

## DEMANDA D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT PUNTUAL

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

### 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 Granollers, el dia.....de.....del 20....

**Signat Representant legal.**