

AUTORITZACIÓ ESPECÍFICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Des del centre escolar es recomana a les famílies que, sempre que pugueu, organitzeu els horaris i les pautes de les possibles medicacions que hagin de prendre els vostres fills/es, als períodes en què no són a l'escola. En cas, però, que això no sigui possible, haureu d'omplir aquesta sol·licitud i fer-la arribar degudament signada a l'escola conjuntament amb les instruccions necessàries per a fer-ho possible.

En/Na _____ amb DNI o passaport _____ ,
com a pare/mare/tutor/tutora de l'alumne/a _____ ,

Autoritzo al personal de l'escola a subministrar el medicament _____ ,
prescrit sota recepta mèdica pel Dr./a _____
durant el període del curs indicat a baix.

Signatura del pare/mare/tutor/tutora

Data: _____

PAUTA DE MEDICACIÓ:

Període en què s'haurà de prendre la medicació:

Des de _____ fins a _____

Nom del medicament	Dosi	dl	dt	dm	dj	dv	Hora d'administració

La medicació:

- La portarà l'alumne/a a diari o quan convingui
- Ha de romandre a l'escola durant tot el període de tractament

Cal tenir alguna cura especial amb el medicament o amb la manera d'administrar-lo? Quina?

Molt important: Recordeu que heu d'adjuntar còpia de la recepta mèdica per tal de poder fer efectiva la medicació des de l'escola.