



## FITXA MÈDICA

Nom i Cognom \_\_\_\_\_

Telèfons contacte \_\_\_\_\_

**Crisis Epilèptiques**   Sí    No

**Al·lèrgies**   Sí    No    quines \_\_\_\_\_

**Dieta**   Sí    No    quina \_\_\_\_\_

Nom Medicació	Dosis	Quan la pren

Recordeu que l'escola no pot administrar cap medicació sense la recepta del metge.  
 Qualsevol canvi en la medicació s'ha de comunicar a l'escola acompanyat de la fotocòpia de la recepta.

*Amb la signatura d'aquest document, s'autoritza l'administració de la medicació indicada en horari escolar.*

Signatura del pare, mare o tutor legal  
 Badalona, .....de/d' .....de 201....