



FITXA A LLIURAR AL MENJADOR EN CAS QUÈ L'ALUMNE/A HAGI DE FER DIETA

L'Hospitalet, ___ de _____ de _____

Jo _____ com a pare/mare de
 l'alumne/a _____ de la classe _____,
 comunico que aquest/a necessita dieta des del dia _____ fins al dia _____ de
 20__ - 20__

Signatura del pare/mare o tutor legal.



AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR UN MEDICAMENT

En/Na _____ amb DNI _____ com a
 pare/mare/tutor/a de l'alumne/a _____ de la classe de grup _____

autoritzo al/la mestre/a o al/la monitor/a de menjador de l'Escola Milagros Consarnau a
 administrar la medicació indicada en les dosis especificades.

Nom del medicament: _____

Dosi: _____ Dies: _____

Horari de l'administració: _____

Observacions:

**SEGONS LA NORMATIVA DE LA GENERALITAT CAL PRESENTAR LA
 FOTOCÒPIA DE LA RECEPTA MÈDICA, SINÓ NO ES POT ADMINISTRAR CAP
 MEDICAMENT.**

L'Hospitalet de Ll., de/d' _____ de _____

Signatura del pare/mare/representant legal