



FITXA DE SALUT curs 2023 / 2024
AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIONS CRÒNIQUES

Cognom i nom de l'alumne/a:	DNI/NIE _____ TSI _____
---	--

• L'alumne/a pateix :

Al·lèrgies Sí No quines _____.

Dieta Sí No quina _____ Pes _____

Crisis Epilèptiques Sí No observacions: _____

Altres informacions: _____

• Cartilla de vacunació actualitzada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (Aquest espai l'ha d'omplir l'escola)
--

- Si pren medicació, ja sigui a casa o l'escola, indiqueu quina, la dosi i on la pren.
- Cal incloure les medicacions esporàdiques per les crisis epilèptiques.

Nom medicació	Dosi / horari	Casa	escola
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recordeu que per poder administrar medicació als alumnes cal que el pare, mare o tutor/a legal porti una recepta o informe del metge o metgessa on consti el nom de l'alumne/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre. Així mateix, el pare, mare o tutor/a legal ha d'aportar un escrit signat on es demani i s'autoritzi al personal del centre educatiu que administri al fill o filla la medicació prescrita.

Per qualsevol canvi en la medicació permanent o crònica caldrà tornar a omplir una nova fitxa mèdica i adjuntar la recepta.



(Aquest full continua a la part del darrera , on s'ha de signar)

Dades personals:

Telèfon mòbil mare/tutora:	
Telèfon mòbil pare/tutor:	
Telèfon fix casa:	
Altres (avis, feina,...):	

Jo, _____ amb DNI/NIE núm.

_____ com a pare/mare/tutor/a legal demana i autoritza al personal de l'escola (inclosos monitors de menjador), a administrar al seu fill/a la medicació prescrita, sempre que sigui imprescindible la seva administració en horari lectiu.

Badalona,de/d'de 20.....

Signatura mare/pare/tutor/a