



FITXA DE SALUT curs 2025 / 2026
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 ☐ SÍ ☐ 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
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐



Recordeu que per poder administrar medicació als alumnes cal que el pare, mare o tutor/a legal aportí 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.

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