



## FULL DE CONTROL DE MEDICAMENTS

Nom de l'alumne/a:..... curs:.....

Nom del medicament: .....

Dosi: ..... Hora: ..... Dia: ..... Mes:..... Any:.....

### Important

- Els medicaments s'han de lliurar sempre d'adult a adult.
- No es donarà cap medicament sense el full de control degudament signat i acompanyat de la recepta mèdica.
- En signar aquest document, les famílies són responsables de garantir que tant el medicament lliurat com la dosi indicada corresponen a la prescripció del metge que l'ha receptat.
- Les famílies han de procurar adaptar l'horari dels medicaments de manera que distorsioni el mínim possible les activitats de la classe.
- En cas de dubtes s'optarà sempre per no donar el medicament i avisar a la família.

En/Na ..... amb DNI .....  
com a pare, mare o tutor legal de l'alumne/a sol·licito que se subministri al meu fill/a  
el medicament que s'indica d'acord amb les condicions especificades.

Signatura:

Montcada i Reixac, a ..... de ..... de 20....