



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
i Formació Professional
**Institut Escola
Onze de Setembre**

Carrer Castanyers, s/n
08192 Sant Quirze del Vallès
937216602
a8077061@xtec.cat
www.escola11s.cat



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____

amb DNI _____ com a pare/mare o tutor/a de l'alumne/a:

Nom alumne/a _____

Curs _____

SOL.LICITA:

Que se l'administri la medicació següent:

- Nom del medicament:
- Hora:
- Dosis:
- Des del dia fins al dia

Cal conservar-ho a la nevera? si _____ no _____

AUTORITZA al personal del centre que li administri al seu fill/a la medicació
Especificada anteriorment i l'**EXIMEIX** de les responsabilitats derivades d'aquesta
actuació.

Signatura

Sant Quirze del Vallès, a de de 20

OBSERVACIONS :

A l'Institut escola caldria reduir al mínim l'administració de medicaments. Només en cas que sigui imprescindible donar-los en horari escolar, cal que porteu la **recepta** amb el nom del nen/a, la pauta d'administració i el nom del medicament.
Aquest document s'ha de presentar acompanyat de la present **autorització** i lliurar-lo directament al tutor/a.