



## **Autorització per a l'administració de medicaments en horari lectiu**

Nom de l'infant \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Nom del medicament \_\_\_\_\_

Dosificació: cada \_\_\_\_\_ hores. Quantitat \_\_\_\_\_

Hora que se l'ha d'aprendre \_\_\_\_\_

Durada del tractament \_\_\_\_\_

Cal conservar-ho en fred \_\_\_\_\_

Pare/mare \_\_\_\_\_

Signatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*\*Cal adjuntar informe mèdic on consti el nom de l'alumne, el nom del medicament que ha de prendre i la pauta d'administració.*