Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació

Can Besora
Comunitat d'Aprenentatge

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

+ Aquesta autorització s'ha d'entregar cada vegada que s'hagi d'administrar un medicament, juntament amb la recepta mèdica.

En/Na amb DNI

com a pare/ mare o tutor de l'alumne/a

SOL·LICITA que es pugui administrar al meu/va fill/a el medicament que més avall es descriu i **AUTORITZA** als professionals del centre a administrar la medicació, en el ben entès que qualsevol responsabilitat que es pogués derivar d'aquest fet és assumida per mi.

Nom del medicament:

Presentació: (càpsules, gotes, xarop...)

Dosi:

Hora d'administració:

Necessita conservar-se a la NEVERA:

- ☐ SÍ
- ☐ NO

Dia d'inici: Últim dia d'administració a l'escola:

Atenció:

- Sempre que sigui possible, cal fer coincidir les preses de medicació en **HORARI NO LECTIU**.

- En cas de malaltia infecciosa i/o contagiosa caldrà seguir les indicacions del personal sanitari.

- En cap cas els infants poden automedicar-se.

Data: Signatura pare, mare o tutor/a