

AUTORITZACIÓ PEL SUBMINISTRAMENT ESPORÀDIC DE MEDICACIÓ DURANT EL SERVEI DE MENJADOR ESCOLAR

En/na..... amb DNI..... com a tutor/a legal d'en/na que està cursant (P3, P4,...)..... autoritzo al personal del menjador de l'escola a administrar al meu fill/a el medicament segons les indicacions del següent quadre.

Dia	Nom del medicament	Hora d'administració	Dosi	Observacions per la correcta conservació del medicament

I em comprometo:

PRIMER.- Ha adjuntar a aquesta autorització tota la documentació requerida i especificada a continuació:

	Adjuntat	Observacions de la coordinació del servei
La recepta o informe mèdic original on costa el nom del infant, la pauta d'administració i el nom del medicament.	€	
El prospecte del medicament que cal administrar	€	
	€	

SEGON.- Ha portar el medicament amb el seu envàs original marcat amb el nom de l'infant que l'ha de prendre.

Data de la sol·licitud
 Signatura del tutor/a:

Nota informativa: Només s'administraran els tractaments que sigui imprescindible prendre en l'horari del menjador i sempre i quan la família hagi entregat una autorització degudament signada i hagi complert amb els compromisos descrits en l'autorització.