

SERVEI DE MENJADOR

AUTORITZACIÓ DE PRESA DE MEDICAMENTS

Data: ____ de _____ del 20__

Jo, _____, com a
pare/mare/tutor de l'alumne/a _____ del curs
_____ sol·licito als responsables dels servei de menjador de l'escola
_____, i expressament els autoritzo, a l'administració
al meu/va fill/a de la següent dosi del fàrmac que asseguro ha estat prèviament prescrit pel seu metge
(cal adjuntar la recepta mèdica).

Medicament:	
Data d'inici del tractament:	__/__/____
Data de fi del tractament:	__/__/____
Dosi exacta:	
Hora d'administració:	__:__
Metge facultatiu:	

Signatura pare/mare o tutor/a legal alumne:

Així mateix, us demanem que **lliureu** aquest document correctament omplert i **signat** a l'adreça de **correu electrònic** del vostre menjador escolar a l'inici del tractament. Podeu fer-hi una foto o escanejar-lo.

No s'administrarà cap fàrmac sense la **recepta mèdica** i aquesta **autorització signada**