

**FITXA A LLIURAR AL MENJADOR EN CAS QUÈ L'ALUMNE/A HAGI DE FER DIETA**

Jo \_\_\_\_\_ com a pare/mare de  
l'alumne/a \_\_\_\_\_ del curs \_\_\_\_\_ grup \_\_\_\_\_, comunico  
que aquest/a necessita dieta des del dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fins al dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signatura del pare/mare o tutor legal.

L'Hospitalet de Llobregat, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### **AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR UN MEDICAMENT**

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
com a pare/mare/tutor/a de l'alumne/a \_\_\_\_\_  
del curs \_\_\_\_\_ grup \_\_\_\_\_ autoritzo al/la mestre/a o al/la monitor/a de menjador de l'Escola  
Milagros Consarnau a administrar la medicació indicada en la dosis especificada.

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

Dosi: \_\_\_\_\_ Dies: \_\_\_\_\_

Horari de l'administració: \_\_\_\_\_

**SEGONS LA NORMATIVA CAL PRESENTAR LA FOTOCÒPIA DE LA RECEPTA MÈDICA AMB LES  
INDICACIONS DE L'ADMINISTRACIÓ DEL MEDICAMENT.**

**SENSE AQUEST DOCUMENT NO ES POT ADMINISTRAR CAP MEDICAMENT A L'ESCOLA.**

Signatura del pare/mare o tutor legal.

L'Hospitalet de Llobregat, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_