



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 dosi 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 _____