**CURS 2019 - 2020**

**Autorització administració de medicaments**

Jo (*nom del pare/mare/tutor* ) …………………………………….,amb DNI……………………………., autoritzo al personal de l’escola Mercè Rodoreda a què administri a l’alumne/a………………………………………………..de la classe ………………….. el següent medicament:

NOM DEL MEDICAMENT: …………………………………………………...

HORARI: ……………………………… DOSI ……………………………..

DURADA DEL TRACTAMENT: del dia *(D/M/A)* ..…/……/…… al dia *(D/M/A)* ..…/……/……

Cal guardar-lo a la nevera? ☐ Sí ☐ No

***Adjunto l’informe mèdic*** on consta la necessitat de prendre el medicament descrit.

Assumeixo la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

SIGNATURA :

Santa Coloma de Gramenet, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

*\*Recordem que el medicament s’ha d’entregar i recollir al despatx.*