

NOM ALUMNE/A:

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

Tractament mèdic habitual

Medicació	Dosi	Horari	Via administració

En cas de prendre medicació en horari lectiu és **OBLIGATORI adjuntar la **recepta electrònica actualitzada** i/o **informe mèdic actualitzat** (amb la dosi, horari).*

Tractament en cas de febre i/o dolor

Medicació	Dosi	Horari	Via administració

**Només es disposa d'Ibuprofè i Paracetamol, qualsevol altra medicació cal portar-la de casa.*

Tractament d'urgència davant crisis

Medicació	Dosi	Horari	Via administració

****OBLIGATORI**: en cas de tenir **medicació** prescrita de **rescat en cas de crisis**, cal adjuntar **la recepta electrònica actualitzada** i/o **informe mèdic actualitzat** (medicació, dosi, temps d'actuació si cal, etc.).*

AL·LÈRGIES, INTOLERÀNCIES, INCOMPATIBILITATS a medicaments i aliments:

.....

Tractament en cas de crisi al·lèrgica

Medicació	Dosi	Horari	Via administració

****OBLIGATORI**: en cas de tenir **medicació** prescrita de **rescat en cas de crisis**, cal adjuntar **la recepta electrònica actualitzada** i/o **informe mèdic actualitzat** (medicació, dosi, temps d'actuació si cal, etc.).*

OBSERVACIONS:

Mare/pare/tutor..... amb DNI..... de
l'alumne/a..... autoritza al personal (docent i especialistes) de l'Escola
a poder administrar la medicació indicada. També s'informarà a l'Escola de qualsevol canvi d'aquesta.

A....., dia de de 20.....

Signatura de la mare/pare/tutor: