



## PETICIÓ I AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Mestre, mestra,

En/na ..... com a mare, pare o tutor/a legal de l'alumne/a..... del nivell ..... sol·licita que se li pugui administrar al meu fill/a el medicament que més avall es descriu, en el ben entès que qualsevol responsabilitat que es pogués derivar d'aquest fet és assumida per mi.

Barcelona, d ..... de 20 .....

Mare, pare o tutor legal  
(signatura)

### MEDICAMENT

Nom del medicament .....  
Forma de presentació ..... (pastilles, xarop, gotes ...)  
Quantitat .....  
Hora que l'ha de prendre .....  
Durada del tractament ..... Altres .....

- Sempre que sigui possible cal fer coincidir les preses de medicació en horari no lectiu.
- En cas de malaltia infecciosa i/o contagiosa, els nens/es no podran assistir a l'escola: pols, grip, conjuntivitis, diarrea, febres....
- **ÉS IMPRESCINDIBLE PORTAR LA RECEPTE DEL METGE**

**AQUEST FULL I EL MEDICAMENT CAL FER-LOS ARRIBAR AL TUTOR/A CORRESPONENT DINS D'UNA BOSSA I AMB EL NOM DE L'ALUMNE/A A FORA.**

D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, les vostres dades seran incorporades i tractades al fitxer "Alumnat de centres educatius dependents del Departament d'ensenyament", amb la finalitat de: gestionar l'acció educativa, l'orientació acadèmica i professional, l'acció tutorial i de comunicació amb les famílies; avaluar objectivament el rendiment escolar, el compromís dels alumnes i de les famílies en el procés educatiu i accedir als serveis digitals i telemàtics orientats a millorar el desenvolupament de l'activitat. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant un escrit adreçat a la Direcció del centre

