

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 puntual

Medicació	Dosi	Horari	Via administració

Només es subministrarà amb **recepta electrònica actualitzada i/o **informe mèdic actualitzat** (amb la dosi, horari).*

Tractament d'urgència davant crisis (rescat)

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 dede 202.....