



## **Altres malalties cròniques o puntuals**

---

Nom i cognoms de l'alumne/a: \_\_\_\_\_

Malaltia: \_\_\_\_\_

malaltia crònica   
malaltia puntual

Doctor/a que la certifica \_\_\_\_\_ Núm col·legiat \_\_\_\_\_

Centre mèdic \_\_\_\_\_

## **Pauta de la medicació**

---

Medicament: \_\_\_\_\_

Horari d'administració: \_\_\_\_\_

Durada de l'administració: \_\_\_\_\_

NEVERA: SI NO (encerclar el que correspongui)

DOSI:

Oral: \_\_\_\_\_

Altres: \_\_\_\_\_

ORELLA : dreta esquerra (encerclar el que correspongui, si s'escau)

ULL : dret esquerre (encerclar el que correspongui, si s'escau)

---

## **AUTORITZACIÓ DE SUBMINISTRAMENT**

---

Signatura pare mare o tutor/a

\_\_\_\_\_  
Nom i cognoms

Lloc i data

Sant Iscle de Vallalta, de de 20\_\_

---

**(Cal adjuntar l'informe mèdic que verifiqui les dades aportades al centre)**