Fitxa de Demanda d'Atenció a la Salut

nº

Alumna/e		Curs:	
Data:		Telèfon de contacte:	
Incidència	Gastroenteritis Mal de panxa Constipat Risc de crisi asmàtica Traumatisme Altra:	Demanda	Dieta astringent Altra dieta: Control de temperatura Prendre medicació* Repòs: Altra:

*Medicació que ha de prendre

Nom:

Dosi:

Hora:

Recepta: SÍ NO

Ha lliurat la medicació a:

Tutor/a Conserge Altra _ _ _ _ _ _ _ _ _

Observacions	Signatura mare /pare /turor/a

Actuacions a l'escola S'ha comunicat al tutor/a a les _ _ _ _ _ h.	Persona que fa l'actuació:
S'ha comunicat al monitor/a de menjador a les _ _ _ _ _ h.	
S'ha comunicat al cuiner/a a les _ _ _ _ _ h.	
S'ha donat la medicació a les _ _ _ _ _ h.	
S'ha controlat la temperatura a les _ _ _ _ _ h.	
S'ha avisat a casa a les _ _ _ _ _ h.	
Altres:	