

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR

En/Na pare/mare de

l'alumne/a amb DNI

SOL·LICITO a la direcció del centre l'autorització de l'administració de la medicació al meu fill/a segons pauta indicada i per prescripció mèdica, als professionals del centre.

Nom medicament:

dosi:

hora:

durada:

- ☐ un dia
☐ des del dia fins el dia

el medicament:

- ☐ torna a casa
☐ es queda a l'escola

Barcelona, de de 20.....

Signat pare, mare o tutor/a:

ADJUNTEM:

☐ **CÒPIA RECEPTA MÈDICA**

☐ **MEDICAMENT** (en dosi individual sempre que sigui possible)
marcat amb el nom de l'alumne/a i de la classe

☐ **FULL D'AUTORITZACIÓ**

Cal lliurar-ho a Secretaria a les 9 del matí i recollir-ho, si s'escau, a les 16:30h. **No desar-lo a la motxilla del nen/a.**