

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS **EN HORARI ESCOLAR**

NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE/A: _____

NOM DEL MEDICAMENT:

DOSI:

HORA:

DURADA:

☐

un dia

☐

des del dia fins el dia

EL MEDICAMENT:

☐

torna a casa

☐

es queda a l'escola

CAL ADJUNTAR:

☐ **CÒPIA DE LA PRESCRIPCIÓ MÈDICA** (on es vegi de manera clara la pauta de tractament).

☐ **MEDICAMENT** (marcat amb el nom de l'alumne/a i de la classe).

Jo, _____ amb dni / nie / nº de
passaport _____ , com a _____ de
l'alumne/a esmentat/da , autoritzo l'escola per a l'administració de la medicació referida
anteriorment.

Data:

Signatura: