

## SERVEI DE MENJADOR

### AUTORITZACIÓ DE PRESA DE MEDICAMENTS

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Jo, \_\_\_\_\_, com a  
pare/mare/tutor de l'alumne/a \_\_\_\_\_ del curs  
\_\_\_\_\_ sol·licito als responsables dels servei de menjador de l'escola  
\_\_\_\_\_, i expressament els autoritzo, a l'administració  
al meu/va fill/a de la següent dosi del fàrmac que asseguro ha estat prèviament prescrit pel seu metge  
(cal adjuntar la recepta mèdica).

Medicament:	
Data d'inici del tractament:	__/__/____
Data de fi del tractament:	__/__/____
Dosi exacta:	
Hora d'administració:	__:__
Metge facultatiu:	

Signatura pare/mare o tutor/a legal alumne:

Així mateix, us demanem que **lliureu** aquest document correctament omplert i **signat** a l'adreça de **correu electrònic** del vostre menjador escolar a l'inici del tractament. Podeu fer-hi una foto o escanejar-lo.

No s'administrarà cap fàrmac sense la **recepta mèdica** i aquesta **autorització signada**