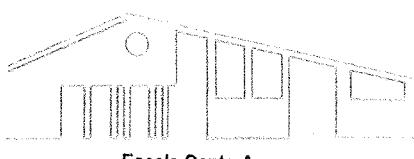


AQUEST MODEL ÉS PER A FOTOCOPIAR I TENIR A PUNT  
PER A USAR-LO **NOMÉS** QUAN SIGUI IMPRESCINDIBLE  
QUE DURANT L'HORARI ESCOLAR EL NEN/LA NENA HAGI  
DE PRENDRE ALGUN TIPUS DE MEDICACIÓ RECEPTADA  
PER UN SERVEI MÈDIC.

SI EL SEU FILL O FILLA PRESENTA UNA MALALTIA CRÒNICA  
DIAGNOSTICADA I PORTA UNA MEDICACIÓ D'URGÈNCIA, PARLI  
AMB EL/LA TUTOR/TUTORA QUE LI FACILITARÀ UN MODEL  
DIFERENT D'AUTORITZACIÓ .  
GRÀCIES

X



Escola Santa Anna

**AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ  
DE MEDICAMENTS A ALUMNES**

El senyor / la senyora ..... ,  
com a pare / mare/ tutor legal de l'alumne /-a .....  
del curs ..... , **demano i autoritzo a** ..... mestre/a o monitor/a de menjador  
**que administri al meu fill/ la meva filla la medicació prescrita en horari escolar.**

NOM DE LA MEDICACIÓ : .....

DIES I HORES : .....

DOSI : .....

FORMA D'ADMINISTRAR-LA : .....

ALTRES DETALLS : .....

**Adjunto recepta o informe del metge o metgessa on consta el nom del nen/de la nena, la pauta i el nom de medicament que ha de prendre. Aquesta documentació quedarà arxivada al centre.**

Data: .....

Signatura

Anotin a continuació tots els telèfons i horaris en els que se'ls pot localitzar, si cal :

TELÈFONS: .....