

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

✂



**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** amestre/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: