

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR

En/Na, pare/mare/tutor/a
de l'alumne/a, amb NIF

AUTORITZO a l'ESCOLA CAN FABRA (professorat i monitoratge) a administrar la medicació al meu fill/a segons la pauta indicada i per prescripció mèdica.

Nom medicament:

Dosi: Hora:

Durada: des del dia fins el dia

El medicament: torna a casa
 es queda a l'escola

Barcelona, de de 20.....

Signat:

ADJUNTEM:

- CÒPIA RECEPТА 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 Consergeria al matí i recollir-ho, si s'escau, a les 16:30h.

No deixar-lo a la motxilla del nen/a.