



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS PER MALALTIES CRÒNIQUES

NOM ALUMNE/A: _____

NOM DEL MEDICAMENT: _____

MOTIU DE LA MEDICACIÓ: _____

DOSI I HORARI A ADMINISTRAR: serà indicat en l'agenda de l'alumne/a
en el moment en que ho precisi i es deixarà el medicament a la
consergeria de l'escola

OBSERVACIONS: _____

NOM DE LA PERSONA QUE SOL·LICITA L'ADMINISTRACIÓ DEL
MEDICAMENT: _____

PARENTIU AMB L'ALUMNE/A: _____

Data: ____ / ____ / _____

Signat:

**ÉS NECESSARI LLIURAR EL PRESENT DOCUMENT JUNTAMENT AMB UNA DE
L'INFORME MÈDIC ON S'INDIQUI LA MALALTIA QUE DONA PEU A LA MEDICACIÓ I
COM ACTUAR EN CAS D'EMERGÈNCIA.**

**ÉS IMPORTANT QUE LA MEDICACIÓ DUGUI INDICAT EL NOM DE L'ALUMNE/A, LA
DOSI I LA HORA EN QUE HO HA DE PRENDRE.**

