Escola La Farigola
del Clot

Consorci d'Educació
de Barcelona
Generalitat de Catalunya
Ajuntament de Barcelona

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

NOM ALUMNE/A: _____

CLASSE: _____

NOM DEL MEDICAMENT: _____

DOSI A ADMINISTRAR: _____

HORARI D'ADMINISTRACIÓ: _____

DATA D'INICI DEL TRACTAMENT: _____

DATA DE FINALITZACIÓ DEL TRACTAMENT: _____

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 RECEPTA MÈDICA ON APAREGUIN DE FORMA CLARA LES INDICACIONS DEL METGE RESPECTE AL MEDICAMENT I LA SEVA POSOLOGIA.