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.

C. Hernán Cortés, 6 | 08018 Barcelona
932 317 665 | contacte@lafarigola.cat