



AUTORITZACIÓ DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

Jo, _____ amb DNI _____ com a pare/mare/
tutor legal de l'alumne (nom i cognoms) _____ del curs _____
i etapa _____. (Educació Infantil, Primària o Secundària).

AUTORITZO

1r.- Que el personal de l'Escola subministri al meu fill/filla _____
la següent medicació prescrita pel/per la doctor/a _____, número de col·legiat _____,
en data _____, amb la següent pauta en substitució i per ordre del pare/mare o tutor/a.

NOM I TIPUS MEDICAMENT <i>(xarop, granulat, comprimit, càpsula, suspensió, comprimit efervescent...)</i>	PAUTA <i>(Quantitat, , 1 cullerada, 1/2 comprimit, 1 sobre...)</i>	FREQÜÈNCIA <i>Subministrar cada...</i>	MOMENT DEL DIA <i>(abans o després d'esmorzar, abans o després d l'hora de dinar, a l'hora de berenar...)</i>

2n.- El sotasignat acompanya còpia autèntica de la prescripció facultativa i fotocòpia del seu DNI.

3r.- El sotasignat autoritza que els mestres/educadors del meu fill/a _____
en cas de febre administrin al meu fill/a la següent dosi del següent antitèrmic:

SÍ / NO	ANTITÈRMIC	DOSI en mg	FREQÜÈNCIA <i>Subministrar cada...</i>
	DALSY		
	APIRETAL		

4t.- El sotasignat eximeix de qualsevol responsabilitat al personal de l'escola i a l'escola mateixa de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa del subministrament prescrit als punts 1r i 3r, i se'n fa únic responsable

OBSERVACIONS:

Santa Perpètua de Mogoda, _____ de _____ de _____

Signatura del pare/mare/tutor/a: