

AUTORITZACIÓ DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

Jo, _____ amb DNI _____, com a
pare/mare/tutor legal de l'alumne _____ del curs _____.

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 (xarop, granulat, comprimit, càpsula, suspensió, comprimit efervescent...)	PAUTA (Quantitat: 1 cullerada, ½ comprimit, 1 sobre...)	FREQÜÈNCIA Subministrar cada...	MOMENT DEL DIA (abans o després d'esmorzar, abans o després de l'hora de dinar, a l'hora de berenar...)

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

3r.- 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:

Signatura del pare/mare/tutor/a:

Sentmenat, _____ d'/de _____ de 202__.

NOTA: si un infant es posa malalt s'avisarà immediatament a la família. En cas d'urgència o d'una malaltia important se'l traslladarà al centre mèdic més proper.