

 **AUTORITZACIÓ D’ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS ALS ALUMNES**

Benvolguda família,

Us comuniquem que, si el vostre/a fill/a necessita que se li subministri algun tipus de medicament al centre, cal que ompliu i signeu l’autorització prevista per a aquests casos**, i que ens la lliureu juntament amb la recepta o informe mèdic corresponent**.

En cas que, al llarg del curs, necessiteu més sol·licituds, les podreu obtenir per la plataforma Educamos.

Atentament,

Equip directiu

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - Sol·licito i autoritzo que el personal del centre com els/les mestres, o si

escau els monitors/es del menjador, subministrin al meu fill/a:

......................................................................................., del curs........................ el medicament següent:

| Nom del medicament | Dosi | Hora | Durada del tractament |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Nom del pare, mare o tutor/a legal de l’alumne/a:

............................................................................................................................... DNI/NIE/PASS.....................................

Signatura:

Data: ........ de .................... de ............