Benvolgudes famílies,

L’escola considera que l’administració de **medicaments** és responsabilitat de la família, per això aconsellem que els nens/es prenguin els medicaments, a ser possible, fora de l’horari escolar.

L’escola només subministrarà medicaments als alumnes si presenteu la recepta mèdica corresponent i/o la seva autorització signant el permís que adjuntem:

Nom i cognoms del pare/mare/tutor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dni / passaport:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sota la meva responsabilitat, sol·licito que li administreu al meu fill/a:

* Nom medicament:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cal suministrar a les \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hores
* Des del dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fins al dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Inidicat pel metge o pediatre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Per un diagnòstic de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Vic…..de……….de 202…

Signatura pare/mare/tutor legal Signatura del tutor

*L’escola queda totalment exclosa de responsabilitats pels efectes que aquest medicament pugui ocasionar.*