Centre concertat per la Generalitat de Catalunya

FUNDACIÓ DOMINIQUES DE L’ENSENYAMENT

Plaça Catedral, 3 08500 VIC Tel. 93.883.25.52 www.dominiquesvic.com

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

amb DNI o passaport núm. \_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

. Nom del medicament

. Dosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Cal subministrar a les hores

. Des del dia \_\_\_\_ fins al dia \_\_\_\_

. Indicat pel pediatre Dr./a

. Per un diagnòstic de:

 Vic …….. de ………………… de 202…

 Signatura: pare/mare Signatura: tutor/a

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

*Posem en el vostre coneixement que les dades que ens lliureu voluntàriament seran introduïdes a la BASE DE DADES d’ADMINISTRACIÓ de l’ESCOLA. La responsable és la mateixa escola. La finalitat és facilitar-vos la comunicació i mantenir-vos informats de qüestions que poden ser del vostre interès. En tot cas i en qualsevol moment, podeu consultar, accedir, rectificar, cancel·lar o bé oposar-vos a què tractem les vostres dades adreçant-vos per escrit a la Secretaria de l’escola.*



Centre concertat per la Generalitat de Catalunya

FUNDACIÓ DOMINIQUES DE L’ENSENYAMENT

Plaça Catedral, 3 08500 VIC Tel. 93.883.25.52 www.dominiquesvic.com

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

amb DNI o passaport núm. \_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

. Nom del medicament

. Dosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Cal subministrar a les hores

. Des del dia \_\_\_\_ fins al dia \_\_\_\_

. Indicat pel pediatre Dr./a

. Per un diagnòstic de:

 Vic …….. de ………………… de 202…

 Signatura: pare/mare Signatura: tutor/a

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

*Posem en el vostre coneixement que les dades que ens lliureu voluntàriament seran introduïdes a la BASE DE DADES d’ADMINISTRACIÓ de l’ESCOLA. La responsable és la mateixa escola. La finalitat és facilitar-vos la comunicació i mantenir-vos informats de qüestions que poden ser del vostre interès. En tot cas i en qualsevol moment, podeu consultar, accedir, rectificar, cancel·lar o bé oposar-vos a què tractem les vostres dades adreçant-vos per escrit a la Secretaria de l’escola.*