

AUTORITZACIÓ PEL SUBMINISTRAMENT DE PARACETAMOL

El/la Sr./Sra. amb
D.N.I....., com a pare/mare o tutor legal
del'alumne/a....., curs
.....

AUTORITZA

Al personal del centre a administrar una dosi de **PARACETAMOL**, de
.....mg., en el cas de malaltia lleu (malestar general, febre superior a 38°C)
del meu fill/a.

Prèvia administració, la família serà informada de la situació i únicament
s'administrarà davant la impossibilitat de que la família pugui venir a buscar
l'alumne/a amb rapidesa i mentre s'espera la seva recollida.

Santa Coloma de Gramenet,de.....de 20.....

Signatura

pare/mare o tutor/a legal

.....

AUTORITZACIÓ PEL SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A MALALTS CRÒNICS O AL·LÈRGICS (tractaments de llarga durada)

El/la Sr./Sra. amb
D.N.I....., com a pare/mare o tutor legal
del'alumne/a....., curs
....., informa que està diagnosticat/da de:
.....
....., i presenta els següents símptomes:

Com a conseqüència d'aquesta malaltia/al·lèrgia sol·licita l'administració de:
.....
.....

Seguint les següents indicacions:

.....

Observacions:

Santa Coloma de Gramenet,de.....de 20.....

Signatura

pare/mare o tutor/a legal

.....

**RECORDEU QUE ÉS INDISPENSABLE PRESENTAR LA CORRESPONENT RECEPTE MÈDICA,
ON CONSTI EL NOM DEL MEDICAMENT, LA DOSI A SUBMINISTRAR I EL NOM DEL
DESTINATARI.**