



## Col·legi Seda

Centre concertat per la Generalitat de Catalunya

### FULL DE SOL·LICITUD D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na.....amb

DNI..... pare, mare o tutor/a del

nen/a.....del curs.....

Sóc coneixedor/a de que el meu fill/a ha de prendre la medicació que pugui necessitar a casa, però en aquesta ocasió, pel tractament que li han indicat, és imprescindible que la prengui a l'escola. Per aquest motiu demano, i autoritzo a la professor/a..... que administri al meu fill/a la següent medicació:

- Medicament:.....
- Dosi:.....
- Horari:.....
- Dies d'administració del tractament:.....
- Cal guardar en nevera? SI  NO
- La medicació es quedarà a l'escola els dies que duri el tractament? SI  NO
- En cas de febre donar DALSY? SI  NO  Dosi:.....
- En cas de febre donar APIRETAL? SI  NO  Dosi:.....
- Altres medicaments en cas de febre:.....Dosi:.....

El Prat de Llobregat, ..... de .....de 201.....

Signatura pare, mare, tutor/a