



ESCOLA LA SEDA

Centre concertat per la Generalitat de Catalunya

FULL DE SOL·LICITUD D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS (Ed. Infantil)

En/Na....., pare, mare o tutor/a
del nen/a.....del curs.....

Soc 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 durant les convivències. Per aquest motiu demano, i autoritzo a la professora..... que administri al meu fill/a la següent medicació:

- Medicament/s:...../...../.....
- Dosi:...../...../.....
- Horari:.....
- Dies d'administració del tractament:.....
- Cal guardar en nevera? SI NO
- En cas de febre donar DALSY? SI NO dosi:.....
- En cas de febre donar APIRETAL? SI NO dosi:.....

El Prat de Llobregat, dede 20....

Signatura pare, mare, tutor/a