



Centre concertat infantil, primària i secundària
Pl. Pintor Grau Sala, 5
Tl. 93.379.02.59 a8022987@xtec.cat
www.colelaseda.com

FULL DE SOL·LICITUD D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na.....amb DNI.....

pare, mare o tutor/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, dede 20....

Signatura pare, mare, tutor/a