

FORMULARI D'AUTORITZACIÓ PER AL SUMINISTRAMENT DE MEDICACIÓ PROVISIONAL

Els medicaments NO seran administrats sense las signatures del pare, mare, o tutor legal i la prescripció mèdica signada per a la seua administració (annex IV)

Sr/Sra.: _____ amb DNI _____

i domicili a efectes de notificació al carrer/ ronda/ plaça:

_____ en la localitat de _____,

telèfonos _____ / _____ com a pare, mare, o
tutor legal de l' **alumne/a**:

del curs i grup: _____ del centre educatiu: **LUIS VIVES DE SUECA**

SOL·LICITA

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per administrar la medicació/ atenció específica, segons la prescripció i indicacions mèdiques

Per favor marque "SÍ" o "NO."

Medicament:	Requerit per:	SÍ	NO	Medicament:	Requerit per:	SÍ	NO
Ibuprofeno	Dolor:			Pastilla per la tos/Pastilla per la gola	Tos o dolor de gola		
Paracetamol	Dolor:			Descongestiu	Congestió nasal		
Difenidramina (Benadryl)	Reacció alèrgica/erupció cutànea			Antiàcid	Molèstia estomacal		
ANTIBIÒTIC: _____	_____			Altre: _____			
Altre: _____				Altre: _____			

NOM/s DEL/s MEDICAMENT/s	DOSI	Data/es	FORMA D'ADMINISTRACIÓ (ex., por via oral, etc.)	HORA/es (QUE AFECTEN DINS L' HORARI ESCOLAR)	HI HA PERMÍS PER DUR EL MEDICAMENT, INHALADOR A LA MOTXILLA, etc?	
					SÍ	NO

**ESTE FORMULARI ÉS D' UN SOL ÚS. QUAN LA DATA DE LA POSOLOGIA
FINALITZE ACABA, PER TANT, LA RESPONSABILITAT ANTERIORMENT
ESMENTADA.**

En _____, a _____ de _____ de 20__

SIGNATURA: