



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ PARACETAMOL

ESCOLA "CARLES DE FORTUNY"
Avda. Carles de Fortuny s/n
17832 – Esponellà
Telèfon: 972-59-71-35
b7001097@xtec.cat

Benvolgudes famílies:

El Departament de Salut i la Societat Catalana de Pediatria han recomanat introduir el paracetamol a la farmaciola dels centres educatius de Catalunya. Quan un infant té febre igual o superior a 38°C, mentre s'espera que els familiars el vinguin a recollir, es recomana administrar aquest medicament amb la prèvia autorització del pare, mare o tutor.

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE PARACETAMOL

El Sr/a _____
pare/mare/ o tutor/a de l'alumne/a: _____
del curs: _____

☐ SÍ

☐ NO

Autoritzo al centre educatiu i al menjador a administrar al meu fill/a paracetamol en cas de presentar febre igual o superior a 38°C de temperatura corporal mentre s'espera l'arribada d'algun familiar que el pugui portar a casa.

(marqueu l'opció que escolliu)

En cas que autoritzeu l'administració del medicament cal que indiqueu la dosi:

Nom del medicament	Dosi (ml)
Paracetamol	

Signatura:

DNI:

Espionellà, _____ de _____ de 20__



ESCOLA "CARLES DE FORTUNY"
Avda. Carles de Fortuny s/n
17832 – Esponellà
Telèfon: 972-59-71-35
b7001097@xtec.cat

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ PARACETAMOL

Benvolgudes famílies:

El Departament de Salut i la Societat Catalana de Pediatria han recomanat introduir el paracetamol a la farmaciola dels centres educatius de Catalunya. Quan un infant té febre igual o superior a 38°C, mentre s'espera que els familiars el vinguin a recollir, es recomana administrar aquest medicament amb la prèvia autorització del pare, mare o tutor.

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE PARACETAMOL

El Sr/a _____
pare/mare/ o tutor/a de l'alumne/a: _____
del curs: _____

☐ SÍ

☐ NO

Autoritzo al centre educatiu i al menjador a administrar al meu fill/a paracetamol en cas de presentar febre igual o superior a 38°C de temperatura corporal mentre s'espera l'arribada d'algun familiar que el pugui portar a casa.

(marqueu l'opció que escolliu)

En cas que autoritzeu l'administració del medicament cal que indiqueu la dosi:

Nom del medicament	Dosi (ml)
Paracetamol	

Signatura:

DNI:

Esponellà, _____ de _____ de 20____