

## AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENT

NOM I COGNOMS:

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOM DEL MEDICAMENT: \_\_\_\_\_

DOSI O QUANTITAT: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

DURADA DEL TRACTAMENT: \_\_\_\_\_

CAL TENIR A LA NEVERA:    SI     NO

ES QUEDA A L'ESCOLA:    SI     NO

OBSERVACIONS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signatura del Pare , Mare o Tutor

**NOTA: Cal adjuntar l'informe mèdic signat pel metge amb: el medicament que ha de prendre, la durada del tractament, la dosi i l'hora que cal que ho prengui.**

**En cap cas subministrarem un medicament a un nen sense aquest informe-certificat mèdic.**

**Cal, també, que el pediatre us certifiqui si la malaltia que presenta el nen s'encomana i per tant, si pot assistir a l'escola o no.**