

A/A DELS PARES I MARES DELS ALUMNES D'INFANTIL I PRIMÀRIA

Benvolgudes famílies,

D'acord amb la nova normativa que ens arriba de la Generalitat, us demanem:

- Cada vegada que el vostre fill/a hagi de prendre algun medicament dins del recinte escolar (aula o menjador) i que no es pugui donar en un altre horari, haureu d'omplir l'autorització que us adjuntem. **Aquesta autorització ha d'anar acompanyada de la prescripció mèdica actualitzada i signada pel metge amb la següent informació: el nom del nen/a, el nom del medicament, la dosi i les instruccions oportunes.**
 - **En el cas que falti un d'aquests dos documents, l'escola no subministrarà el medicament.**
 - No és necessari un paper cada dia, però si un cada vegada que el nen comenci un nou tractament. Cal que poseu clarament **la dosi, l'horari, el nom del medicament, el nom del vostre fill/a i la vostra signatura.**
- Si durant el curs necessiteu més d'un full el trobareu al web de l'escola a la icona "documents famílies" .
- **Recordin d'avisar al tutor/a quan al seu fill/a li detectin alguna intolerància o al·lèrgia alimentària o qualsevol altre tipus d'al·lèrgia per poder actualitzar el full corresponent que també trobaran al web de l'escola.**

Cordialment,

Magda Buscà

Directora d'Ed. Infantil i Ed. Primària

MEDICAMENTS

El pare/mare/representant legal amb D.N.I. _____ de
l'alumne _____ autoritza al
"Col·legi Verge de la Salut" a administrar el següent medicament
_____ amb les dosis següents:

(indicar la quantitat, les hores i els dies.)

Observacions : _____

Data:/...../.....

Signatura

*** Aquesta autorització ha d'anar acompanyada de la prescripció mèdica.**

.....

MEDICAMENTS

El pare/mare/representant legal amb D.N.I. _____ de
l'alumne _____ autoritza al
"Col·legi Verge de la Salut" a administrar el següent medicament
_____ amb les dosis següents:

(indicar la quantitat, les hores i els dies.)

Observacions : _____

Data:/...../.....

Signatura

*** * Aquesta autorització ha d'anar acompanyada de la prescripció mèdica.**