

FULL D'AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE PARACETAMOL EN HORARI ESCOLAR i HORARI DE MENJADOR

Jo pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/a

..... amb DNI/NIE

AUTORITZO sota la meva responsabilitat al mestre, tutor/tutora, monitor/monitora de l'escola a administrar al meu fill/a PARACETAMOL, en el cas que superés els 38° de temperatura i no se'ns hagi localitzat.

Dosi (segons edat i pes):

Signatura del pare/mare/tutor/a legal

Barcelona, de20.....



**ESCOLA
ALEXANDRE GALÍ**
Telf: 93.310.64.44
e-mail:a8037814@xtec.cat
Passeig Marítim, 11
08003 BARCELONA



**Consorci d'Educació
de Barcelona**
Generalitat de Catalunya
Ajuntament de Barcelona

FITXA MÈDICA

Nº TARJA SANITÀRIA:

DADES PERSONALS

Nom i cognoms:.....
 Data Naixement:..... Edat:.....
 Domicili:.....
 Població:..... Codi postal:.....
 Telèfons de contacte:.....

DADES MÈDIQUES

- Pateix el seu fill/a alguna malaltia?.....
Quina?.....
- Ha patit el seu fill/a alguna malaltia important?.....
Quina?.....
- Li han realitzat al seu fill/a alguna intervenció quirúrgica?.....
Quina?.....
- Es medica actualment?

Nom del medicament	Dosi	Temporització

- Pateix algun tipus d'al·lèrgia?.....
Quina?.....
- Segueix alguna dieta o règim especial?.....
Quin?.....
- Té alguna dificultat o impediment físic?.....
Quin?.....
- Es mareja amb facilitat?.....
- Ha patit alguna fractura?.....
- Altres observacions:.....
.....

MOLT IMPORTANT!

En cas d'al·lèrgia i/o medicació crònica cal adjuntar també el certificat mèdic.
 En cas d'haver de subministrar medicació en horari escolar de manera esporàdica, caldrà portar un certificat mèdic, pauta i autorització familiar.
 En cas de què el diagnòstic descrit en aquest document pateixi alguna variació, cal informar urgentment al tutor/a de l'escola.