

FULL DE SOL·LICITUD D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na.....amb DNI.....

pare, mare o tutor/a.....del curs.....

Sóc coneixedor/a de que el meu fill/a ha de prendre la medicació que pugui necessitar a casa, però en aquesta ocasió, pel tractament que li han indicat, és imprescindible que la prengui a l'escola. Per aquest motiu demano, i autoritzo a la professor/a.....

que administri al meu fill/a la següent medicació:

- Medicament:.....
- Dosi:.....
- Horari:.....
- Dies d'administració del tractament:.....
- Cal guardar en nevera? SI NO
- La medicació es quedarà a l'escola els dies que duri el tractament? SI NO
- En cas de febre donar DALSY? SI NO Dosi:.....
- En cas de febre donar APIRETAL? SI NO Dosi:.....
- Altres medicaments en cas de febre:.....Dosi:.....

El Prat de Llobregat, dede 20.....

Signatura pare, mare, tutor/a

Informació bàsica sobre protecció de dades de caràcter personal

Responsable: COLEGIO SEDA, S.L. **Finalitat:** Protecció d'interessos vitals de l'alumne. **Legitimació:** Compliment d'una obligació legal. Normativa Educativa Bàsica. **Destinataris:** Les dades no es cediran a cap tercer, tret d'obligació legal. **Drets:** Pot accedir, rectificar o suprimir les dades, així com exercir els drets que s'esmenten en la nostra Política de Privadesa. **Informació addicional:** Per a més informació, consulteu la Política de Privadesa que trobareu a la nostra pàgina web colelaseda.com
