



SOL·LICITUD D' ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na _____ amb NIF _____

pare, mare o tutor legal de l'alumne/a _____

SOL·LICITO I AUTORITZO:

Als/les professionals del CEE Montserrat Montero de Granollers, a administrar al meu fill/a, el medicament que detallo a continuació:

Nom medicament _____

Hora/es administració _____ Dosis _____

Durada del tractament des del dia _____ fins el dia _____

S'ha de retornar? Si No

S'ha de llençar? Si No

Cal guardar-lo a la nevera? Si No

Cal adjuntar la **recepta/informe del metge** on hi consta el nom del vostre/a fill/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre.

Heu de posar el nom del nen/a a la capsula del medicament i heu de portar el dosificador (cullera, xeringa,....)

Sense aquest imprès, degudament emplenat, no s'administrarà cap medicament a cap alumne.

La medicació sempre **l'heu d'entregar a la monitora del transport escolar**, mai l'heu de posar dins de la motxilla del nen/a.

Granollers, de20.....

Signat pare/mare o tutor legal



SOL·LICITUD DE VARIACIÓ DE L' ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na _____ amb NIF _____

pare, mare o tutor legal de l'alumne/a _____

SOL·LICITO:

Als/les professionals del CEE Montserrat Montero de Granollers, que a partir del dia assenyalat li variïn la dosis que li havien administrat fins el dia d'avui:

Nom medicament _____

Hora/es administració _____ Dosis _____

Durada del tractament des del dia _____ fins el dia _____

S'ha de retornar? Si No

S'ha de llençar? Si No

Cal guardar-lo a la nevera? Si No

Cal adjuntar la **recepta/informe del metge** on hi consta el nom del vostre/a fill/a, la pauta i el nom del medicament que cal fer la variació.

Heu de posar el nom del nen/a a la capsula del medicament i heu de portar el dosificador (cullera, xeringa,....)

Sense aquest imprès, degudament emplenat, no es farà cap canvi en la dosi del medicament.

La medicació sempre **l'heu d'entregar a la monitora del transport escolar**, mai l'heu de posar dins de la motxilla del nen/a.

Granollers,..... de.....20.....

Signat pare/mare o tutor legal



SOL·LICITUD DE FINALITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na _____ amb NIF _____

pare, mare o tutor legal de l'alumne/a _____

SOL·LICITO:

Als/les professionals del CEE Montserrat Montero de Granollers, que a partir de la data que especifico ja no li administrin més el medicament al nostre fill/a.

Nom medicament _____

Dia de finalització _____

Cal retornar-lo a casa ? _____

Cal llençar-lo? _____

Granollers, de20.....

Signat pare/mare o tutor legal