



ESCOLA MANENT RAMBLA

**AUTORITZACIÓ PEL SUBMINISTRAMENT DE PARACETAMOL**

El/la Sr./Sra. .... amb  
D.N.I....., com a pare/mare o tutor legal  
del/la alumne/a....., curs  
.....

**AUTORITZA**

Al personal del centre a administrar una dosi de **PARACETAMOL**, de  
.....mg., en el cas de malaltia lleu (malestar general, febre superior a 38°C)  
del meu fill/a.

**Prèvia administració**, la família serà informada de la situació i únicament  
s'administrarà davant la impossibilitat de que la família pugui venir a buscar  
l'alumne/a amb rapidesa i mentre s'espera la seva recollida.

Santa Coloma de Gramenet, .....de.....de 20.....

**Signatura**

pare/mare o tutor/a legal

.....

**AUTORITZACIÓ PEL SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A MALALTS  
CRÒNICS O AL·LÈRGICS (tractaments de llarga durada)**

El/la Sr./Sra. .... amb  
D.N.I....., com a pare/mare o tutor legal  
del/la alumne/a....., curs  
....., informa que està diagnosticat/da de:  
.....  
....., i presenta els següents símptomes:

Com a conseqüència d'aquesta malaltia/al·lèrgia sol·licita l'administració de:

.....  
.....

Seguint les següents indicacions:

.....

Observacions:

Santa Coloma de Gramenet, .....de.....de 20.....

**Signatura**

pare/mare o tutor/a legal

.....

**RECORDEU QUE ÉS INDISPENSABLE PRESENTAR LA CORRESPONENT RECEPTE MÈDICA,  
ON CONSTI EL NOM DEL MEDICAMENT, LA DOSI A SUBMINISTRAR I EL NOM DEL  
DESTINATARI.**