

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

Els criteris d'actuació que cal seguir i que ens vénen marcats des del **DEPARTAMENT D'EDUCACIÓ** són els següents:

Cal que el pare, mare o tutor legal del nen/a aporti:

- 1.- **Una recepta o informe del metge o metgessa** on hi consti el nom de l'alumne, la pauta i el nom del medicament que s'ha de prendre.
- 2.- **Un escrit on es demani i s'autoritzi** al personal del centre docent, que administri al fill o filla la medicació prescrita, sempre que sigui imprescindible la seva administració en horari escolar (*). Aquest escrit és el que us adjuntem en aquesta circular i tindrà vigència per qualsevol actuació durant tota l'escolarització de l'alumne/a.

Per tant, **NO PODREM ADMINISTRAR CAP MEDICAMENT ALS VOSTRES FILLS I FILLES SENSE ELS DOS DOCUMENTS ABANS ESMENTATS.**

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS (*)

En/Na amb DNI num.....
i com a pare/mare/tutor/a del nen/a

DEMANO i AUTORITZO al personal de l'Escola AMOR DE DIOS administri la medicació necessària indicada pel metge **mitjançant recepta** i **EM FAIG RESPONSABLE** com a pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a en cas de produir-se efectes secundaris de qualsevol mena per causa de l'esmentada medicació.

I per tal que consti, signo la present autorització

..... a de de 20....

SIGNAT

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL COLEGIO

Los criterios de actuación que se deben seguir y que nos vienen marcados desde el **DEPARTAMENT D'EDUCACIÓ** son los siguientes:

Es necesario que el padre, madre o tutor legal del niño/a aporte:

- 1.- **Una receta o informe del médico** donde conste el nombre del alumno/a, la pauta y el nombre del medicamento que se ha de tomar.
- 2.- **Un escrito donde se pida y se autorice** al personal del centro docente, que administre al hijo/a la medicación prescrita, siempre que sea imprescindible su administración en horario escolar (*). Este escrito es el que os adjuntamos en la presente circular y tendrá vigencia para cualquier actuación durante toda la escolarización del alumno/a.

Por lo tanto, **NO PODREMOS ADMINISTRAR NINGÚN MEDICAMENTO A VUESTROS HIJOS/AS SIN LOS DOS DOCUMENTOS ANTES MENDIONADOS.**

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (*)

..... con DNI num.....
y como padre/madre/tutor/a del niño/a

PIDO Y AUTORIZO al personal de la Escuela AMOR DE DIOS administre la medicación necesaria indicada por el médico mediante receta y **ME HAGO RESPONSABLE** como padre/madre/tutor/a legal del alumno/a en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.

Y para que conste, firmo la presente autorización

..... a de de 20.....

FIRMADO