



INFORMACIONS NECESSÀRIES:

Té alguna malaltia important que cal conèixer? Ens voleu donar algunes indicacions d'actuacions?

Al·lèrgies:

Intoleràncies alimentàries:

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En /Na: _____

com a pare/mare tutor/a de _____

Sol·licito que li sigui administrada la següent medicació:

Producte: _____

Dosi: _____

Horari: _____

Des de el dia _____ fins al dia _____

Aquesta medicació l'ha receptat el Dr/a _____

Assumeixo la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar:

Signatura i data:



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
SECCIÓ D'INSTITUT DOSRIUS

C/ Dr. Joan Cardona, s/n

08319 - DOSRIUS-

☎ 937919564

e-mail institutdosrius@institutdosrius.cat

<http://www.institutdosrius.cat>



Medicació per a les sortides



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo
"El FSE invierte en tu futuro"



GOBIERNO
DE ESPAÑA
MINISTERIO
DE EDUCACIÓN



1714 / 2014