

**FITXA DE MEDICACIÓ**

Alumne/a..... Nivell.....

Medicament..... Format.....

Hora/es d'administració..... Dosi.....

Durada del tractament des del dia..... i fins el dia.....

S'ha de retornar?                      SI                      NO

S'ha de llençar?                      SI                      NO

Cal guardar-lo a la nevera?                      SI                      NO

El nom de l'alumne/a ha d'estar escrit a l'envàs.

En/Na..... amb DNI/NIE ..... autoritzo els mestres de l'Escola Andersen perquè administrin el medicament abans esmentat al meu fill/a.

Terrassa ..... de ..... de 20.....