

ENQUESTA DE SALUT I AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

Nom i cognom de l'alumne:

Curs (marqueu el que correspongui):

INFANTIL P3 P4 P5 PRIMÀRIA 1r 2n 3r 4t 5è 6è
ESO 1r 2n 3r 4t BATX 1r 2n

Pateix algun tipus d'al·lèrgia, intolerància o d'altre tipus?

Especifiqueu a què:

En cas afirmatiu ens heu de fer arribar el corresponent **INFORME MÈDIC DE L'ESPECIALISTA I LES PAUTES A SEGUIR EN CADA CAS CONCRET**, indicades pel mateix al·lèrgic o pel pediatre.

L'alumne ha de tenir algun medicament a l'escola?

Quin?

En cas afirmatiu ens l'heu de fer arribar a l'escola amb la recepta i l'autorització de medicació que trobareu a la pàgina web, indicant nom del medicament, dosi, horari i durada del tractament.

Recordeu que heu d'informar a l'escola de qualsevol canvi que es pugui produir durant l'escolaritat.

Autoritzo el centre educatiu a administrar al meu fill/a paracetamol en cas de presentar febre igual o superior a 38º de temperatura corporal mentre s'espera l'arribada d'algun familiar que el pugui portar a casa. SI NO

Faig extensiva aquesta autorització a tota l'escolarització del meu fill/a a l'escola Gravi.

El centre queda totalment exclòs de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

DNI:
Signatura pare, mare o tutor/a:

DNI:
Signatura pare, mare o tutor/a:

Dades del centre	ESCOLA GRAVI.
Finalitat	Administració de medicaments.
Legitimització	Interès vital de l'interessat.
Destinataris:	A ningú, excepte obligació legal o consentiment
Drets:	Pot accedir, rectificar o suprimir les dades, així com exercir els drets que s'esmenten en la nostra Política de Privacitat
Més informació:	Consulta la Política de Privacitat a la nostra web