



Generalitat de Catalunya  
 Departament d'Ensenyament  
**9 ESCOLA VOLERANY**  
 carrer Castellet, 15  
 08800 Vilanova i la Geltrú  
 www.escolavolerany.cat  
 a8065275@xtec.cat

## PETICIÓ AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

**“Per administrar medicaments als alumnes cal que el pare, mare o tutor legal aportí una recepta o informe del metge o metgessa on consti el nom de l'alumne/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre”.**

Resolució del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya, de 29 de maig de 2009, relativa a l'organització i el funcionament dels centres públics d'educació infantil i primària i d'educació especial per al curs 2012-2013

Sr/a professor/a.

En/na.....com a mare, pare o tutor legal  
 de l'alumne/a.....del curs.....

sol·licita que li pugui administrar al meu/va fill/a el medicament que més avall es descriu, en el ben entès que qualsevol responsabilitat que es pogués derivar d'aquest fet és assumida per mi. Adjunto recepta i/o informe mèdic.

Vilanova i la Geltrú, ..... de/d'.....de 201.....

Mare, pare o tutor legal  
(signatura)

### MEDICAMENT

- Nom del medicament.....
- Forma de presentació .....(pastilles, xarop, gotes)
- Forma d'administració: .....
- Quantitat:.....Periodicitat.....
- Durada del tractament.....
- Altres.....

Sempre que sigui possible cal fer coincidir les preses de medicació en horari no lectiu.

En cas de malaltia infecciosa i/o contagiosa, no podran assistir a l'escola: polls, grip, conjuntivitis, diarrea, febre.