



ASSITÈNCIA MÈDICA DINS L'HORARI ESCOLAR

DADES PERSONALS

Nom i cognoms del sol·licitant		DNI/NIE/Passaport
Nom i cognoms del representant (si s'escau)		DNI/NIE/Passaport
Domicili a efectes de notificació		
Població		Codi postal
Correu electrònic (obligatori en cas d'optar per la notificació electrònica*)	Telèfon	Mòbil

(*) **Vull rebre notificació electrònica** de totes les actuacions relacionades amb aquest procediment. A tal efecte facilito en la present sol·licitud el correu electrònic i el telèfon mòbil on rebre l'avís de la posta a disposició de les notificacions.

PATOLOGIES I CONTRAINDICACIONS

Nom de l'alumne/a
Malalties que ha patit
Hospitalitzacions. Quan i perquè?
Medicaments i/o tractaments que segueix
Medicaments que no pot pendre
Al·lèrgia/es



AUTORITZACIÓ ANTITÈRMIC

L'escola us informa que en el cas que el vostre fill/a arribés a 38° de temperatura a l'escola i no poguessim localitzar-vos necessitem la vostra autorització per poder administrar l'APIRETAL.
En el cas que el vostre fill/a fos al·lèrgic a l'Apiretal cal que informeu a l'educadora i que porteu un informe del vostre pediatre on hi ha de constar quin medicament i quina dosi cal administrar al vostre fill/a en substitució de l'Apiretal.

Autoritzo a les educadores de l'Escola a poder donar Apiretal al nostre fill/a

AUTORITZACIÓ ASSISTÈNCIA MÈDICA HORARI ESCOLAR

Autoritzo a l'escola Bressol Patufet/ El Sol a traslladar amb ambulància el meu fill/a al CAP de Palau-solità i Plegamans i/o Hospital en cas d'accident escolar.

Palau-solità i Plegamans, ____ de/d' _____ de ____

Signatura