

SOL·LICITUD D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

SRA. DIRECTORA

El Sr. / La Sra., amb DNI.....com a representant legal de

DECLARA

Que l'alumne/a **NO TÉ CAP AL·LÈRGIA, INTOLERÀNCIA, NI MALALTIA CONEGUDA**

Que l'alumne/a **TÉ UNA AL·LÈRGIA, INTOLERÀNCIA O MALALTIA CONEGUDA**

1.- Que en data....., el doctor o la doctora....., amb nº col·legiat/da li ha diagnosticat la següent al·lèrgia / intolerància / malaltia:

2.- Que acredita la diagnosi amb una còpia testimoniada autèntica de la prescripció facultativa.

3.- Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut d'en/na, cal prendre les següents precaucions:

4.- Que, en cas que es presenti una crisi, el facultatiu o la facultativa ha prescrit que s'administri al / a la menor la dosi..... del medicament, d'acord amb el contingut de la còpia testimoniada de la prescripció i el protocol d'actuació que acompanyem amb la present Instància i, en cas de qualsevol incidència que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic/a responsable.

DEMANA

- Que en cas d'emergència, es procedeixi com ha previst la metgessa o el metge. En cas imprevist, es posi al/la meu/va fill/a a disposició del personal sanitari més proper o amb el més efectiu per a rebre instruccions.

- Que prengui les mesures adients per evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent perjudicial.

- Que, en substitució i per ordre de la persona representant parental del / de la menor, que signa el present document, en cas de contacte amb agent al·lèrgic, o d'emergència, administreu la medicació prescrita pel doctor/a..... consistent en..... a administrar

- Que, en qualsevol cas, se m'informi de les incidències i de les mesures aplicades tan bon punt sigui possible.

A el dia ... dede

Signa la persona representant legal

***En cas que durant el curs escolar sorgeixi una al·lèrgia o intolerància és d'obligació notificar-ho amb el corresponent informe mèdic a la Secretaria de l'Escola.**