

Benvolguts pares i mares,

La salut dels vostres fills i la correcta administració de la medicació són aspectes d'importància; per tal d'evitar malentesos i amb la finalitat de millorar la nostra atenció envers els alumnes, us volem demanar que tingueu present les següents consideracions:

- **ÉS IMPRESCINDIBLE QUE L'ESCOLA PUGA LOCALITZAR LA FAMÍLIA EN QUALSEVOL HORA DINTRE DE L'HORARI ESCOLAR.** Quan un alumne està malalt o accidentat són els pares qui han de prendre la decisió sobre les intervencions que cal fer envers els seus fills.
- **CAL QUE ORGANITZEU ELS HORARIS DE PRESA DE MEDICACIÓ EN HORES NO ESCOLARS.**

1.- Quan excepcionalment no siga possible evitar la presa de medicació en horari escolar, cal que tingueu presents les següents pautes:

- Només administrarem medicació en cas que vinga acompanyada de l'autorització signada per part dels pares o tutors legals, i sempre que siga possible, adjuntant-t'hi la fotocòpia de la prescripció mèdica corresponent. En l'autorització o en la prescripció facultativa ha de constar el nom de l'alumne, el medicament de què es tracte, les instruccions d'administració i la durada del tractament.

Un model d'aquesta autorització el trobareu a l'administració de l'escola i a la nostra pàgina web, a l'apartat "documentació"

- La medicació s'entregarà al tutor o tutora en preses unitàries: només el nombre just de preses, i en cada presa hi ha de constar clarament el nom de l'alumne i l'hora en què cal administrar la medicació.
- Aquesta documentació juntament amb la medicació s'entregarà **EXCLUSIVAMENT** al tutor o tutora. Cap alumne pot tenir cap tipus de medicació.

2.- En cas d'accident i/o malaltia inesperada iniciada a l'escola, és habitual administrar algun tipus de calmant (dalsy, apiretal o similars). Per poder administrar aquests calmants, i no cometre errades per al·lèrgies i/o incompatibilitats o en la dosi, us demanem que ens torneu aquesta autorització signada.

Petició / autorització ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

En cas de malaltia inesperada i sempre prèvia autorització telefònica

En/Na _____ amb DNI _____ com a
pare/mare o tutor legal de l'alumne/a _____ de _____ (nivell)

Autoritze a l'escola La Masia que administre al meu fill/filla la dosi de dalsy o apiretal, detallada a continuació.

Nom producte:

Dosi (especificar quantitat i unitat):

NO autoritze a que s'administre medicació.

Museros,

de

de 20

Signatura