

AUTORITZACIÓ PER A ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ DURANT EL STAGE DE PRE-TEMPORADA

NOM DEL PARE, MARE O TUTOR	
NOM DE L'ALUMNE	
CURS ESCOLAR	2025-2026
TELÈFON DE CONTACTE	

☐ Autoritzo a ESCOLA SANT GERVASI per a l'administració de medicació habitual (analgèsics, antitèrmics,...) que l'alumne/a pugui precisar durant el període del STAGE DE PRE-TEMPORADA comprès entre el dia 13 al 14 de setembre de 2025, eximint de responsabilitat a l'Escola i a la persona designada perquè l'administri.

Si el vostre fill/a requereix la presa d'alguna medicació prescrita per un metge durant les colònies, a més haurà d'emplenar la següent informació i aportar els documents requerits:

☐ Sol·licito i autoritzo a ESCOLA SANT GERVASI per a l'administració de la medicació que a continuació es detalla segons prescripció mèdica:

NOM DE MEDICACIÓ	DOSI	Via Oral, inhalada,...	HORA

DURADA DEL TRACTAMENT	
DATA D'INICI / DATA FI	
PATOLOGIA	

DOCUMENTACIÓ I MEDICACIÓ ADJUNTA
☐ Informe mèdic ☐ Recepta mèdica ☐ Prescripció (metge privat) ☐ Medicació en el seu envàs original.

Signat: pare, mare o tutor/a legal.