



Sol·licitud i autorització d'administració de medicaments als alumnes amb al·lèrgies alimentàries i/o al làtex

Dades personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a
passaport

DNI, NIE o

Nom i cognoms de l'alumne/a amb al·lèrgia alimentària i/o al làtex

Sol·licito

Que el centre educatiu:

- ☐ tingui accessible l'autoinjector d'adrenalina perquè, en cas d'anafilaxi (crisi al·lèrgica greu), aquesta s'administri al meu fill/a per part del/de la professional del centre autoritzat, d'acord amb la prescripció mèdica.
 - ☐ en cas de reacció al·lèrgica lleu o moderada, administri al meu fill/a la dosi de medicació prescrita i indicada a l'informe del metge/essa.
-

Autoritzo

L'administració d'adrenalina, antihistamínics i/o broncodilatadors al meu fill/a d'acord amb la pauta explicitada en l'informe adjunt del metge/essa.

Lloc i data

Signatura del pare, mare o tutor/a

Aquest document serà vàlid durant tota l'escolarització de l'alumne/a al centre. Cal que renoveu anualment la medicació que lliureu al centre.

Espai reservat al centre educatiu

Nom del CAP més pròxim al centre educatiu

Adreça del CAP

Nom i adreça del centre hospitalari més pròxim

Municipi



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
i Formació Professional
Escola Bonavista



Direcció del centre educatiu