

**ANNEX VI Resolució 1 setembre de 2016**

**PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR**

El/la menor (Nom i Cognoms de l' Alumne/a) .....  
ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

**Medicació** (nom comercial del producte):.....

**Dosi:** ..... **Hora de administració:** .....

**Procediment/via per a l'administració:** .....

**Duració del tractament:** .....

**Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Recomanacions d'actuació i altres observacions:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Facultatiu que prescriu el tractament:** .....

Data: .....

Telèfon de contacte del centre de salut de referència per a aquest tipus d'incidències:

.....

Signat:

Número de col·legiat

.....

.....