

PROTOCOL D'ACTUACIÓ AMB ALUMNAT QUE PRECISA MEDICACIÓ.

(Complimentar per tot l'alumnat l'apartat que correspon)

JO , Sr/Sraamb DNI/NIE

pare/mare/tutor/a del'alumne/a

que estudia d'Infantil/ Primària en el CEIP La Xara informe.

NO Precisa que li siga subministrada ninguna medicació ni pateix cap malaltia que dega ser conxexedor el centre.

Igualment proporcione els següents nombres de telèfon que estaran sempre operatius per a qualsevol emergència: i

Signat

Sr/Sra

La Xara , a de de

SI Precisa que li siga subministrada la següent medicació

..... si es produïxen les

següents circumstàncies

..... , medicació que jo proporcionaré al centre Educatiu eximint-lo de qualsevol responsabilitat que puguera originar-se amb posterioritat.

Proporcione els següents nombres de telèfon que estaran sempre operatius per a qualsevol emergència: i

Nº SIP o altre segur de l'alumne/a:.....

- ☐ Asma
- ☐ Cardiopatia
- ☐ Epilèpsia
- ☐ Diabetis
- ☐ Al·lèrgies
- ☐ Altres

Signat

Sr/Sra

La Xara , a de de

