

**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 .....