



## ANEXO VI

DATA DE PRESENTACIÓN DA SOLICITUDE NO REXISTRO DO CONCELLO \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS NA ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL DE SADA FLORA RAMOS "FLORITA"**

No caso no que se deban administrar medicinas ás nenas/os, deberán ir acompañadas da receita médica \*, actualizada á data e do tratamento na que constará o nome da nena/o o nome do medicamento, forma, dose e periodicidade de administración. Non se lles administrará ningunha medicación que non veña acompañada da autorización asinada a tal efecto (ANEXO VI).

*\* **NOTA ACLARATORIA:** No caso de APIRETAL / DALSY, NON SERÁ NECESARIA AXUNTAR A PRESENTACIÓN DA RECEITA MÉDICA, PERO SI A FIRMA DESTE ANEXO VI, ESPECIFICANDO O NOME DO MEDICAMENTO (DALSY / APIRETAL) E A DOSIS PRESCRITA POLO PEDIATRA SEGÚN O PESO DA NENA/O. PARA CALQUER OUTRO MEDICAMENTO SI SERÁ NECESARIO AXUNTAR A RECEITA DO PEDIATRA. AQUELAS NENAS/OS QUE NON TEÑAN ESTA AUTORIZACIÓN FIRMADA, NON PODERÁN TOMAR O MEDICAMENTO NO CENTRO.*

NOME E APELIDOS DA NENA/O

---

NOME DA NAI / PAI / TITORES / REPRESENTANTES LEGAIS:

---

AUTORIZO AO PERSOAL DA ESCOLA INFANTIL MUNICIPAL DE SADA A ADMINISTRAR O MEDICAMENTO QUE FIGURA A CONTINUACIÓN E APORTO A RECEITA DO PEDIATRA (\*), ACTUALIZADA Á DATA E NA QUE FIGURA O NOME DO MEDICAMENTO, FORMA, DOSE E PERIODICIDADE DE ADMINISTRACIÓN GRAPADA XUNTO CON ESTA AUTORIZACIÓN.

---

SINATURA DA /DO INTERESADA/O

Sada a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.