



[AUTORIZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS]

En/na _____ amb DNI/NIE/Passaport _____
autoritza als monitors i monitores del seu fill/filla _____
a administrar-li els medicaments que a continuació s'indiquen amb les pautes correspo-
nents del dia ____ al ____ del mes de _____ del _____ .

MEDICAMENT	INICI	FINAL	DOSI	FREQÜÈNCIA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

* Cal presentar adjunta a aquesta documentació la còpia autèntica de la prescripció facultativa.

Igualment, el sotasignat declara que el seu fill/filla pot prendre els medicaments esmentats, i, que en el cas que sorgeixi qualsevol incidència per causa de la medicació prescrita, se'n fa l'únic responsable.

als

Signatura

Barcelona, ____ de _____ del _____

Centre d'Esplai Joan Suñol

[C/ València 680 Barcelona 08027 · Telf. 93 351 60 11 · Fax. 93 408 46 82 · cejoansunol@gmail.com