

AUTORITZACIÓ PER A ADMINISTRAR MEDICAMENTS

Nom i cognoms i DNI del pare, mare o tutor

Sr./Sra. _____

Autoritzo a qualsevol persona de l'equip de monitors/es del Campaments d'Estiu del Club d'Esplai Jovent,
a administrar al meu fill/a _____

el

següent medicament:

1. Nom medicament

Dosi _____ Horari: _____

Dies _____

2. Nom medicament

Dosi _____ Horari: _____

Dies _____

Deixant exempt de tota responsabilitat a la o les persones que administrin el medicament abans esmentat.

A Palma, de 2017

Signatura del pare/mare o tutor responsable del participant al Campament d'Estiu.