

Fitxa per autoritzar el subministrament de medicaments durant
l'activitat.

INFORMACIÓ A EMPLENAR ABANS DE PARTIR:

Nom i cognoms i DNI del pare, mare o tutor _____

Autoritzo a qualsevol persona de l'equip de monitors/es del Campament del meu fill/a a
administrar el següent medicament:

1) Nom medicament

Dosi _____ Horari: _____

Dies _____

2) Nom medicament

Dosi _____ Horari: _____

Dies _____

3) Nom medicament

Dosi _____ Horari: _____

Dies _____

4) Nom medicament

Dosi _____ Horari: _____

Dies _____

5) Nom medicament

Dosi _____ Horari: _____

Dies _____

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

Signatura del pare/mare o tutor responsable del participant al Campament

_____ 2019 organitzat

pel Club d'Esplai Jovent.

A Palma, de de 2019

Sign.

