



Autorització per prendre medicaments

En/na amb DNI núm.
com a (1) d'en/na
autoritza als responsables de l'activitat
a administrar els medicaments que segueixen amb les dosis que s'especifiquen.

Medicament (2) (3)	Dia	Hora	Dosi	Hora	Dosi	Hora	Dosi

....., a de/d'..... de
SIGNATURA del pare/mare/tutor/a

(1) Pare, Mare o Tutor/a
(2) Nom complet del medicament. Especifiquen-lo amb tota l'exactitud possible.
(3) Quantitat i vegades al dia i la dosi a administrar.

i Cal que lliureu aquesta autorització només en el cas que el participant de l'activitat hagi de prendre medicaments. Tal i com s'indica en la Normativa i Condicions de Participació, per tal que un participant pugui prendre medicaments cal que el pare/mare/tutor/a d'aquest hagi lliurat aquesta autorització indicant el medicament, la dosi i l'horari en que s'ha d'administrar.

Si ara mateix no sabeu si el participant haurà de prendre medicaments, podeu retornar-nos el document en qualsevol moment previ a l'inici de l'activitat o bé al Director/a de l'activitat en el moment d'inici d'aquesta.

Recordeu que caldrà lliurar els medicaments a l'Equip de Monitors en el moment d'inici de