

## SOL·LICITUD D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

Com a pare/mare/tutor legal del nen/a \_\_\_\_\_

Autoritzo al Casal Artístic (acompanyants del casal) que administrin al meu fill/a els següents medicaments, amb prescripció mèdica i eximeixo de tota responsabilitat als membres del Casal Artístic

sobre els efectes que aquests medicaments puguin causar al meu fill/a

NOM DEL MEDICAMENT	HORARI	QUANTITAT/DOSI	NÚM. DE DIES

**IMPORTANT: Cal adjuntar còpia de la recepta i l'informe mèdic**

Olesa de Montserrat a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Signatura del pare/mare/tutor legal: