



## autorització per prendre un medicament

Jo en/na \_\_\_\_\_

amb DNI \_\_\_\_\_ com a \_\_\_\_\_

d'en/na \_\_\_\_\_

AUTORITZA al personal responsable de l'escola d'esquí nàutic Xavi Mill, a administrar els medicaments que segueixen amb les dosis que s'especifiquen. L'escola queda totalment exclosa de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Data \_\_\_\_\_

Signatura del pare/mare o tutor \_\_\_\_\_

MEDICAMENT	DIA	HORA	DOSI	HORA	DOSI	HORA	DOSI
	diumenge						
	dilluns						
	dimarts						
	dimecres						
	dijous						
	divendres						

És imprescindible que a l'envàs del medicament s'indiqui el nom de l'alumne, l'hora de l'administració i la dosi.

En cas d'urgència, avisar a:

1. Nom \_\_\_\_\_

Telèfon de contacte \_\_\_\_\_

2. Nom \_\_\_\_\_

Telèfon de contacte \_\_\_\_\_