



AUTORITZACIÓ SUBMINISTRAR MEDICACIÓ

Jo (nom)amb
DNI autoritzo al personal del casal d'estiu d'Arts escèniques
Vivertimento i al personal del Centre Cívic Baró de Viver a subministrar la medicació amb nom
..... prescrita pel metge amb nº de
col·legiat/adaal meu fill/a (nom de l'infant)
..... amb la següent Pauta:

Nom del medicament:

.....

Dosi:

.....

Hores d'aplicació:

.....

Forma d'aplicació (Adjuntar document explicatiu en cas que fos necessari)

.....

Subministrar en cas de:

.....

Compromís de la família:

Ens comprometem a entregar la medicació al personal del casal de manera responsable, en el seu envasament original i amb les indicacions necessàries, per tal d'assegurar que es subministra correctament i evitar qualsevol situació d'automedicació o el risc que altres infants accedeixin a la medicació. Ens encarregarem que la medicació arribi al casal de forma segura i en el moment adequat, respectant les instruccions del professional sanitari i les normatives establertes pel centre. A més, garantim que la medicació no quedarà a la motxilla de l'infant, evitant que es produeixi cap incident involuntari i assegurant que només el personal autoritzat pugui administrar-la.

Barcelona de de

Signatura del pare, mare, tutor/a: