

## AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

En/Na....., pare, mare o tutor/a de  
l'alumne....., del curs.....

Declaro que per una banda estic informat/da i per l'altre dono el meu consentiment al Casal D'estiu Tabor per administrar al meu fill/a la medicació que es relaciona a continuació així com la freqüència i dosificació que es detalla:

Nom del Medicament	
Data inici	
Data finalització	
Dosis	
Hora	
Necessita nevera?	

Per tot això, dono la meva conformitat perquè se li administri la medicació que al document es detalla.

Signatura del Pare/Mare o tutor/a

Barcelona a.....de.....de .....