



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____ amb DNI _____
com a pare/mare/tutor legal autoritza als monitors del casal Moulabanya a
administrar a l'infant _____
els següents medicaments :

MEDICAMENT	POSOLOGIA	DURADA DEL TRACTAMENT	OBSERVACIONS

Així mateix, certifica que les dades anteriorment especificades són verídiques, quedant, per tant, lliure de tota responsabilitat els monitors del Centre de qualsevol error o falsedat d'aquestes.

Els monitors tampoc es faran responsables de les conseqüències que es derivin de l'administració dels medicaments seguint les pautes aquí indicades.

La validesa d'aquesta autorització es fa extensiva a la durada del tractament en el transcurs del casal.

Castellvell del Camp a _____ de _____ de 20_____

Signatura pare/mare/tutor/a legal