

## Fitxa d'autorització per a prendre medicaments durant les colònies i campaments

Benvolguts/des,

Us adjuntem una còpia de l'autorització que heu de signar en el cas que calgui administrar als vostres fills/es qualsevol tipus de medicament durant les colònies o campaments.

Si us trobeu en aquesta situació us preguem que feu arribar l'autorització emplenada i dignada al responsable de farmaciola del grup, així com els medicaments, el mateix dia de la sortida.

Jo \_\_\_\_\_ amb DNI núm. \_\_\_\_\_, com a (pare / mare / tutor/a) del noi/a \_\_\_\_\_ autoritzo als responsable/s de la Colònia o Campament a administrar-li els medicaments que a continuació s'indiquen, amb la pauta i la dosi que s'especifiqui.

Noi/a: .....- PAUTA I DOSI DE MEDICACIÓ

Medicament	Data inici tractament	Data final tractament	Dosi	Freqüència administració (cada 8h, 12h, altres)	Després o abans de menjar
Observacions:					
Medicament	Data inici tractament	Data final tractament	Dosi	Freqüència administració (cada 8h, 12h, altres)	Després o abans de menjar
Observacions:					
Medicament	Data inici tractament	Data final tractament	Dosi	Freqüència administració (cada 8h, 12h, altres)	Després o abans de menjar
Observacions:					

....., a ..... de ..... de 20.....

signatura