



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____ amb DNI _____ com a (1) _____ autoritza els monitors del Centre d'Esplai Mainada a administrar a l'infant _____ els següents medicaments:

(1) pare, mare o tutor

Medicament	Posologia	Durada del tractament (data d'inici i final)	Observacions
		Del al	
		Del al	
		Del al	

Així mateix, certifica que les dades anteriorment especificades són correctes quedant, per tant, lliures de tota responsabilitat els monitors del Centre de qualsevol error 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 curs 20___/20___.

Sta. Coloma de Gramenet, a _____ de _____ de 20__

Segell del centre

Signatura del pare, mare o tutor