

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS SERVEI DE MENJADOR ESCOLAR

DADES DE L'ALUMNE:

NOM I COGNOMS: _____

CURS : _____

El Pare/Mare/Tutor _____ amb DNI o Passaport _____

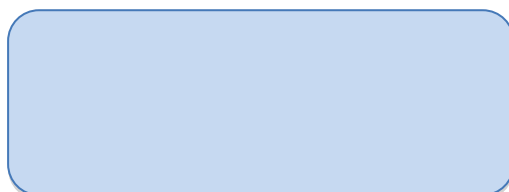
autoritza al personal del Servei de Menjador, a que doni al meu fill/a la següent medicació:

- ✓ Nom del medicament: _____
- ✓ Dosi: _____
- ✓ Horari: _____
- ✓ Durada del tractament: _____

En el cas de més d'un dia de tractament, cal retornar el medicament a la família el mateix dia?

- NO
- SÍ

- ✓ **Control Play Sports S.L. i el seu personal, queden totalment exclosos de les responsabilitats per efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.**
- ✓ **Amb aquesta autorització cal adjuntar l'informe i/o la recepta mèdica degudament emplenada pel metge.**
- ✓ **Es imprescindible la presentació dels documents. En el cas contrari, no administrarem cap medicament.**
- ✓ **Aquest protocol s'aplicarà en el moment que el metge facultatiu demani l'administració del medicament cada 6 hores.**



Signatura