



# Els Estanys



Nom del nen/a:

1r Cognom:

2n Cognom:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Data de naixement:

Telèfon:

Mòbil:

## DADES MÈDIQUES

Té alguna al·lèrgia coneguda?

No  Sí. A què?

Qualsevol altre informació mèdico-quirúrgica que cal que l'equip de monitors conegui:

Pren algun medicament?

No  Sí.

(en aquest cas, omple l'autorització d'administració i les pautes que han de seguir els monitors)

## AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ I PAUTES

En/Na

com a pare/mare/tutor

del nen/a

**AUTORITZO**

a l'equip de monitors i direcció de l'ASSOCIACIÓ D'ASSISTÈNCIA AL JOVENT ELS ESTANYS a administrar al meu fill/a els medicaments que a continuació indico, amb la pauta i la dosi que especifico.

| 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 \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Signatura del pare/mare/tutor