

TRIPLE DECLARACIÓ



AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

* Encercla la figura que tens de cara a l'infant o jove (pare, mare o tutora), omple les dades personals, encercla l'ítem corresponent (algun, tots o cap) i marca amb una **X** les caselles depenent de si són un "sí" o un "no".

Jo en/na pare/mare/tutora _____ amb DNI _____ autoritzo a l'equip de monitores de l'infant/jove _____ a poder donar en cas necessari algun/tots/cap d'aquests medicaments:

| | SÍ | NO | Altres observacions del medicament (en cas de ser necessari) |
|-----------------------|----|----|--|
| Ibuprofeno de 400 mg | | | |
| Paracetamol de 650 mg | | | |
| AfterBite | | | |
| Compeed | | | |
| Topionic | | | |

SIGNATURA del pare, mare o tutora

_____, a ___ de _____ de 2024

AUTORITZACIÓ DEL COTXE

* Encercla la figura que tens de cara a l'infant o jove (pare, mare o tutora) i omple les dades personals, i marca amb una **X** les caselles depenent de si són un "sí" o un "no".

Jo en/na pare/mare/tutora _____ amb DNI _____ autoritzo a l'equip de monitores i/o a l'equip d'intendència, que en cas necessari pugui traslladar amb cotxe a l'infant/jove _____ fins al destí corresponent (hospital, cap, etc.).

SIGNATURA del pare, mare o tutora

_____, a ___ de _____ de 2024