

AUTORITZACIÓ PER A MENORS D'EDAT

PER LA PRESENT, JO

DNI N °..... AUTORITZO AL MEU FILL/A

AMB DNI N °..... A PARTICIPAR AL VI SEMINARI DE DONES
REALITZAT PER LA COMISSIÓ DE LA DONA DE L'ASSOCIACIÓ DE SORDS DE
MATARÓ, JUNTAMENT AMB LA COMISSIÓ D'IGUALTAT DE FESOCA DURANT ELS
DIES DEL MES DE L'ANY 20

SIGNATURA:

AUTORITZACIÓ PER PRENDRE MEDICAMENTS

Cal que lliureu aquesta autorització només en el cas que el participant de l'activitat hagi de prendre medicaments. Per tal que un participant pugui prendre medicaments cal que el pare/mare/tutor/a d'aquest hagi lliurat aquesta autorització indicant el medicament, la dosi i l'horari en que s'ha d'administrar.

Recordeu que caldrà lliurar els medicaments a les comissions de Mataró perquè en pugui disposar durant el desenvolupament de l'activitat.

En/na
amb DNI núm. com a (1)
d'en/na
autoritza als responsables de l'activitat
a administrar els medicaments que segueixen amb les dosis que s'especifiquen.

Medicaments (2) (3)	Dia	Hora	Dosi	Hora	Dosi	Hora	Dosi

....., a de /d' de

(1) Pare, Mare o Tutor/a

(2) Nom complet del medicament. Especifiqueu-lo amb tota l'exactitud possible.

(3) Quantitat i vegades al dia i la dosi a administrar.