AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ
(omplir només si escau)

En/Na .....amb DNI ..... com a responsable legal de ..... que participa a l'activitat de **Colònies de Nadal a la Garrotxa Estona, Temps per tu**, esmentada anteriorment i, organitzada per Arriant Formació i Lleure SLU, autoritzo i demano, sota la meva responsabilitat, que la monitor/a responsable del grup doni li doni la següent medicació:

Nom del medicament:
Dosi:
Horari:
Calendari del dia a dia:
Característiques de conservació:

L'organització queda totalment exclosa de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura:

DNI: **A dia i lloc:**

Nota:
Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament complimentada, i la fotocòpia de la recepta o informe del metge o metgessa, on hi consti el nom del/la participant i les dosis, les monitores no administraran cap medicació.