**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 premonitors impulsades per l'Ajuntament de Figueres**, 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.