

AUTORITZACIÓ PRESA MEDICAMENTS

DURANT TRACTAMENT MÈDIC



_____, amb DNI _____,
 com a pare/mare/tutor de _____, autoritzo els
 monitors del Grup de Joves, durant el temps que duri l'activitat que es durà a terme el/s
 dia/dies _____ a _____,
 a supervisar l'administració al meu/meva fill/a del/s medicament/s que s'indica/quen a
 continuació, amb la dosi i la freqüència següents:

NOM DEL MEDICAMENT	FREQUÈNCIA D'ADMINISTRACIÓ (cada 6h, 8h, 12h...)	QUAN? (abans de menjar, després...)	DOSI

_____, a _____ d _____ de 20____

Signatura del pare/mare/tutor