

**AUTORITZACIÓ PRESA MEDICAMENTS**

**DURANT TRACTAMENT MÈDIC**



\_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_,  
com a pare/mare/tutor de \_\_\_\_\_, autoritzo els  
monitors i instructors 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:

<b>NOM DEL MEDICAMENT</b>	<b>FREQÜÈNCIA D'ADMINISTRACIÓ (cada 6h, 8h, 12h...)</b>	<b>QUAN? (abans de menjar, després...)</b>	<b>DOSI</b>

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Signatura del pare/mare/tutor