



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICACIÓ
ESPAIS LLEURE
Comú d'Escaldes-Engordany

Per la present, el Sr/a ,
amb número de passaport/DNI , com a pare/mare o
tutor del menor
autoritzo al personal de l'Espai Lleure a administrar la medicació al meu fill/a segons les
indicacions facilitades a continuació.

Declaro que aquesta medicació ha estat prescrita pel metge del menor i que faig entrega de la
mateixa degudament identificada, amb l'embalatge original i les instruccions clares per a la seva
administració. Adjunto còpia de la recepta mèdica o informe mèdic corresponent, on consta la pauta
i indicació de la medicació.

DETALL DE LA MEDICACIÓ A ADMINISTRAR:

- Medicació:
- Dosis:
- Durada del tractament:
- Horari de l'administració:
- Indicacions especials (si escau):

Signatura,

Escaldes-Engordany, el de de .