



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS – AMB RECEPТА MÈDICA

En / Na: _____, amb DNI _____

com a pare/mare tutor/a del nen/a _____ del grup
_____ de l'Escola d'Estiu del C.N.Caldes,

Sol·licita:

Que li sigui administrat el medicament prescrit en la recepta o informe del metge/metgessa
que s'adjunta en el present document.

Producte: _____

Dosi: _____

Dia: _____

Horari: _____

El Club Natació Caldes no assumirà la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui
ocasionar, un cop signada aquesta autorització per part del pare/mare/tutor legal del nen/a.

Signatura i data:



Club Natació Caldes
Zona Esportiva s/n
08140 Caldes de Montbui (BCN)
Tel./Fax. 93.865.04.23
cncaldes@cncaldes.cat



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS – SENSE RECEPTA MÈDICA

En / Na: _____, amb DNI _____

com a pare/mare tutor/a del nen/a _____ del grup

_____ de l'Escola d'Estiu del C.N.Caldes,

Sol·licita:

Que li sigui administrada la següent medicació:

Producte: _____

Dosi: _____

Dia: _____

Horari: _____

El Club Natació Caldes no assumirà la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar, un cop signada aquesta autorització per part del pare/mare/tutor legal del nen/a.

Signatura i data: