



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS – AMB RECEPTA MÈDICA

En / Na: _____ , amb DNI _____
com a pare/mare tutor/a del nen/a _____ del grup
_____ de l'Espai Jove 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:



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS – SENSE RECEPTA MÈDICA

En / Na: _____, amb DNI _____
com a pare/mare tutor/a del nen/a _____ del grup
_____ de l'Espai Jove 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: