

CAMPAMENTS ESPLAI ABAT CASSIÀ 2021

MEDICAMENTS ESPECÍFICS

Jo _____ amb DNI _____

autoritzo als monitors/es de l'Esplai Abat Cassià per tal que, en cas de necessitat,

administri al meu fill/a _____

els medicaments específics següents i segons la posologia indicada:

*Si és possible, adjuntar una fotocòpia de la recepta

Barcelona, _____ de _____ de 2021

Signatura pare/mare/tutor: