

En /na _____ amb DNI nº _____ com a
pare/mare/tutor/a d'En/Na _____ que ha inscrit al seu fill/a,
tutelat/da amb D.N.I nº _____, a les activitats del grup de Caps de setmana _____
comunica que la medicació que aquest pren és:

MEDICACIÓ:

Pren? Si No
 Coneix quins medicaments pren i la pauta? Si No
 Se la sap administrar sol? Si No
 Li agrada / accepta prendre-la? Si No

Observacions _____

MEDICAMENT	DOSI					
	ESMORZAR	MIG MATI	DINAR	BERENAR	SOPAR	ABANS DE DORMIR

EM COMPROMETO A AVISAR DE QUALESVOL CANVI QUE ES PUGUI PRODUIR EN AQUESTA I EN CAS QUE SIGUI NECESSARI AUTORITZO A ADMINISTRAR

PARACETAMOL IBUPROFENO ASPIRINA(GENÈRIC) COL·LIRI/GOTES OÏDA

ALTRES

Observacions _____

Contraindicacions _____

Al·lèrgies _____

A, de de 20

Signatura:

Noms i Cognoms.....

De conformitat amb l'establert a la normativa vigent de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'informem que les seves dades seran incorporades al sistema de tractament titularitat de la FEDERACIÓ CATALANA D'ESPORTS PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL -ACELL- amb la finalitat de poder realitzar la gestió administrativa i comercial. El tractament de les dades queda legitimat d'acord amb la relació comercial que ens uneix. No se cediran dades a tercers, excepte per obligació legal. Tenen dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com a altres drets, tal com es detalla a la informació addicional. Pot consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web: www.federacioacell.org