

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 Dissabtes _____
comunica que la medicació que aquest pren durant aquest curs 20__/20__ 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 QUALSEVOL 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.....