



CASAL D'ESTIU 2025

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na _____pare/mare, tutor/a legal del/la alumne/a
_____del curs_____

Demano i autoritzo, que el personal del centre educatiu i al casal d'estiu AFA Pompeu Fabra administri al meu fill/a el medicament prescrit:

Medicament _____

Dosi: _____

Horari _____

Cal nevera: _____

Es deixa al casal /Retorn a casa: _____

Des del dia _____ fins al dia _____

El casal d'estiu queda totalment exclòs de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

DNI i Signatura

Pare/mare o tutor/a legal

Barcelona, ____ d _____ de 20 ____

Nota: Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament complimentada, amb la recepta i informe del metge o metgessa on consti el nom i cognoms de l'alumne/a , la pauta de medicació i el nom del medicament, el centre educatiu i el casal d'estiu no administrarà cap medicació.