



Autorització per a l'administració de medicaments CH'26

Cal que lliureu aquesta autorització només en el cas que el/la participant de l'activitat hagi de prendre medicaments durant el transcurs de les colònies d'hivern del 2026.

L'autorització segueix les pautes marcades per la normativa en activitats d'educació en el lleure.

Si en disposeu, adjunteu a aquest imprès la recepta o document de prescripció mèdica lliurada i signada pel facultatiu mèdic que us l'ha emès.

El dia de la sortida s'habilitarà una zona amb responsables de farmaciola a qui haureu d'entregar aquesta autorització i la medicació corresponent degudament identificada (en l'envàs original de venda, a poder ser).

En/Na _____ amb DNI _____,

pare, mare o tutor/a legal de _____,

autoritzo als monitors i monitores de l'Associació Esplai del Casal Riudomenc a administrar els medicaments que més avall consten durant les colònies d'hivern 2026.

Medicament*	Dies	Dosi	Horari

*Nom complet del medicament; especifiqueu-lo amb tota l'exactitud possible.

OBSERVACIONS:

--

Signatura del pare, mare o tutor/a legal

A Riudoms, _____ de _____ de 2026