

**PAUTA DE MEDICACIÓ DURANT LES COLÒNIES EN CAS DE PRESCRIPCIÓ MÈDICA O NECESSITAT (només si cal)**

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 colònies " Els Minairons Cantaires" de l'Associació cultural  
 Neret

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 QUALSEVOL CANVI QUE ES PUGUI PRODUIR EN AQUESTA I EN CAS QUE SIGUI NECESSARI AUTORITZO A ADMINISTRAR

**AUTORITZACIÓ DE MEDICACIÓ DURANT LES COLÒNIES EN CASOS EVENTUALS: MALS DE CAP, FEBRÍCULA, ETC.**

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

ALTRES .....

Observacions \_\_\_\_\_

Contraindicacions \_\_\_\_\_

Al·lèrgies \_\_\_\_\_

A ....., de ..... de 20 .....

Signatura:

  
  
  

Noms i Cognoms.....

*De conformitat amb allò establert als Articles 5 i 7 de la Llei orgànica 15/99, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, li informem que les dades que voluntàriament ens faciliti i a la recollida de les quals i tractament ens autoritza expressament, s'incorporaran als fitxers titularitat de L'ASSOCIACIÓ CULTURAL NERET amb la finalitat d'administrar al menor al seu càrrec la medicació receptada pel seu metge (cal aportar recepta, en cas contrari no podem subministrar cap medicació).*