

## AUTORITZACIÓ SORTIDES I ACTIVITATS CASAL D'ESTIU 2023

Nom i cognom del nen/a .....

Nom del pare .....

Nom de la mare .....

Adreça ..... n° ..... pis.....

Població ..... Tlf.....

Telèfons per trucar en cas d'urgència: .....

.....

Indiqueu si el vostre fill/a sap nedar      **SI**    **NO**    **POC**

En cas de no saber nedar, és obligatori portar una ajuda per a la flotació (bombolla, "manguitos",...)

**AUTORITZEM** el nostre fill/a perquè participi en les activitats programades durant el Casal d'estiu.

Declarem sota la nostra responsabilitat que el nostre fill/a està correctament vacunat.

En el cas que el vostre fill/a necessiti alguna atenció especial, tingui al·lèrgia o intolerància a algun menjar, us agrairíem que ho féssiu constar en aquest full. També, qualsevol recomanació que pugui afavorir o millorar l'estada del vostre fill/a aquests dies.

.....

.....

.....

Signatura Pare/Mare/Tutors



## AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Segons la normativa del Departament d'Educació pel curs vigent **"per poder administrar medicaments als alumnes cal que el pare, mare o tutor legal aportï una recepta o informe del metge o metgessa on consti el nom de l'alumne/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre"** (Documents per a l'organització i la gestió i de centre. Seguretat i salut)

Nom i cognoms de l'alumne/a:.....curs.....

Nom i cognoms del pare/mare o tutor legal de l'alumne/a:.....

DNI del pare/mare/tutor:.....

**AUTORITZO** sota la meua responsabilitat, a l'Escola Ntra. Sra. de Montserrat (professorat i monitoratge) a administrar la medicació al meu fill/a segons pauta indicada i per prescripció mèdica.

Adjunto fotocòpia de la recepta del metge i SOL·LICITO se li pugui administrar al meu/va fill/a el medicament que més avall es descriu.

### MEDICAMENT

Nom del medicament.....

Forma de presentació .....(pastilles, xarop, gotes)

Quantitat:.....Periodicitat.....

Durada del tractament.....

Signatura pare/mare/tutor