



AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICAMENTS

En.....major d'edat, data de naixement, DNI núm., amb domicili a, telèfoni correu electrònic, amb la signatura del present document, en representació del menor d'edat, amb DNI núm....., donada la seva condició de progenitor/tutor legal del mateix (“Menor”).

Amb la firma del present document

NOTIFICO

1. Que el jugador pren habitualment un medicament: Si..... No.....

AUTORITZO

2. A que se li administri el medicament amb una dosi de.....i una freqüència de.....
3. En cas que tingui febre (38°), se li pot administrar un antitèrmic?Si..... No.....

Lloret de Mar, de de 2021

Representants legals/tutors/pares Menor

Menor