

## AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_,  
pare/mare/tutor legal de l'escolta \_\_\_\_\_, autoritzo als  
monitors/es de l'A. E. Montserrat perquè administrin, durant el curs escolar de  
2011-2012, els següents medicaments en cas d'aquests símptomes:

	Dalsy	Apiretal	Altres
<b>FEBRE I DOLORS</b>			
<b>Dosis</b>			

	Voltaren	Calmatel	Altres
<b>TRAUMATISME</b>			

	Betadine	Altres
<b>FERIDA</b>		

	Thrombocid	Altres
<b>HEMATOMA</b>		

	Silverderma	Altres
<b>CREMADES</b>		

o Observacions:

---



---



---

Signatura del pare/mare/tutor

Barcelona, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_.

## Fitxa sanitària 2011-12

*Es prega escriure en majúscules*

### DADES PERSONALS

Nom i cognoms .....

Data de naixement ...../...../.....

Adreça .....

Població..... C.P. ....

E-mail .....

Telèfon .....

Altres telèfons de contacte en cas de necessitat

.....

FOTO

Fotocòpia de la targeta sanitària:

