**Autorització medicaments**

**Ruta a la Vall de Núria**

En/Na ........................................................................................., amb DNI ......................, com a mare/pare/tutor legal de l’alumne ........................................................................., autoritzo al meu fill/a a prendre la següent medicació durant la Ruta a la Vall de Núria que es durà a terme els dies 27 i 28 de maig de 2024.

Medicament: ......................................................................................................................

Dosi: ...................................................................................................................................

Horari de les dosis: .............................................................................................................

Necessita nevera? No 🞎 Sí 🞎

Medicament: ......................................................................................................................

Dosi: ...................................................................................................................................

Horari de les dosis: .............................................................................................................

Necessita nevera? No 🞎 Sí 🞎

Medicament: ......................................................................................................................

Dosi: ...................................................................................................................................

Horari de les dosis: .............................................................................................................

Necessita nevera? No 🞎 Sí 🞎

Signatura i data