

Fitxa de salut i autorització medicaments

Ruta a la Vall de Núria

Nom i cognoms de l'alumne/a:

Data de naixement:

Pateix alguna al·lèrgia? No Sí

Quina?

És al·lèrgic a algun medicament? No Sí

Quin?

Ha de fer alguna dieta especial? No Sí

Quina?

Adjunto recepta mèdica

Altres comentaris i/o observacions:

Autorització medicaments

En/Na, amb DNI,
com a mare/pare/tutor legal de l'alumne/a,
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 3 i 4 de juny de 2025.

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