

AUTORITZACIÓ PER A LA SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS



Sr/Sra.

EN QUALITAT DE

MARE

PARE

TUTOR LEGAL

DEL MENOR

I EL Dr/Dra.

Autoritzem als educadors responsables de l'activitat _____, que tindrà lloc del ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___, a que subministren al menor el medicament _____.

Observacions: (dosi, vegades per dia...) _____

Les dades personals que vostè ens aporta seran tractades de forma estrictament confidencial.

Les persones signats es fan càrrec de tota la responsabilitat derivada de la seva actuació, sempre i quan aquesta es desenvolupi dins de la legalitat vigent.

En cas de no obtenir la signatura del metge, Juniors Ambra MD es guarda el dret a negar-se a subministrar al menor el medicament citat.

A _____, a ___ de _____ del _____

Signatura del Dr./Dra.

Signatura del present legal,