

AUTORTIZACIONS CASAL D'ESTIU

Nom Infant/jove: _____	Any naixement: _____
Casal barri: _____	Grup: _____

AUTORITZO A LES SEGÜENTS PERSONES A RECOLLIR A L'INFANT/JOVE:

Nº	Nom i cognoms	Doc. Identitat	Parentiu
1			
2			
3			
4			

☐ Sí ☐ No **AUTORITZO A L'EQUIP EDUCATIU ADMINISTRAR LA SEGÜENT MEDICACIÓ:**

Nom medicament

Dosis i horari

Pel tractament de

**Cal adjuntar prescripció mèdica!*

En/Na _____, en qualitat de pare/mare/tutor/a legal, i DNI/NIE/PASSAPORT _____, signo l'autorització corresponent a tots els efectes, donant conformitat i validesa a aquest procés.

Data:

Signatura: