FEDERACIÓ CATALANA D'ESPORTS PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL ACELL

En /na _____ amb DNI nº_____ com a pare/mare/tutor/a d'En/Na_____ que ha inscrit al seu fill/a, tutelat/da amb D.N.I nº_____, a les activitats del grup de Caps de setmana _____ comunica que la medicació que aquest pren durant aquest curs 2018/2019 és:

MEDICACIÓ:

Pren? Si ☐ No ☐
Coneix quins medicaments pren i la pauta? Si ☐ No ☐
Se la sap administrar sol? Si ☐ No ☐
Li agrada / accepta prendre-la? Si ☐ No ☐

Observacions _____

MEDICAMENT	DOSI					
	ESMORZAR	MIG MATI	DINAR	BERENAR	SOPAR	ABANS DE DORMIR

EM COMPROMETO A AVISAR DE QUALSEVOL CANVI QUE ES PUGUI PRODUIR EN AQUESTA I EN CAS QUE SIGUI NECESSARI AUTORITZO A ADMINISTRAR

PARACETAMOL ☐ IBUPROFENO ☐ ASPIRINA(GENÈRIC) ☐ COL·LIRI/GOTES OÏDA ☐

ALTRES .....

Observacions _____

Contraindicacions _____

Al·lèrgies _____

A ....., ... de ..... de 20 .....

Signatura:

Noms i Cognoms.....