

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 Dissabtes _____
comunica que la medicació que aquest pren durant aquest curs 201 /201 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.....

D'acord amb l'establert a la llei orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, el titular – o si escau el pare/mare o tutor- queda informat i presta el seu consentiment de forma expressa i específica perquè les seves dades de caràcter personal, contingudes en aquest imprès, s'incorporin en els nostres fitxers. Li seran sol·licitades dades sobre informació mèdica que serà afegida a la seva fitxa amb la finalitat exclusiva de participar en les activitats d'educació física i lleure, així com en competicions esportives organitzades per ACELL, i també en totes les activitats que participi ACELL. Així mateix pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició notificant-ho per escrit a la **Federació Catalana d'Esports per a P.D.I. Acell** a la següent adreça: Gran Via de les Corts Catalanes 645 sobreàtic, 08010 Barcelona