



## FULL D'AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS I/O COMUNICACIÓ AL·LÈRGIES/INTOLERÀNCIES

Nom i Llinatges del pare, mare o el tutor/a legat del jugador/a

---

Nom i Llinatges del jugador/a

---

Data de lliurament del full d'autorització: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Raó per la qual se li dóna:

---

Dosificació:

---

Horari: \_\_\_\_\_

Temps de duració del tractament:

---

És necessari posar el medicament a la nevera?

- Sí
- No

Es recorda que qualsevol medicament haurà de posar el nom clarament escrit a l'envàs i que no s'administrarà cap medicament sense aquest document degudament omplert.

### AUTORITZACIÓ ÚS DE MEDICAMENTS EN CAS D'EMERGÈNCIA

Autoritza al Cb sa Cabaneta a l'administració de Ibuprofeno / Paracetamol en cas que presenti febre alta i no sigui possible la localització amb la família.

- Sí
- No



## COMUNICACIÓ D'INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES I/O AL·LÈRGIES

Presenta algun tipus d'intolerància alimentària i/o al·lèrgia coneguda?.

• NO

• SI

Intolerància

Al·lèrgia

Tot seguit s'especifica quina/es

---

---

Sa Cabaneta,

de

20

Signat