



**AUTORITZACIÓ PER ADMINISTRAR MEDICAMENTS**  
**COLÒNIES 2017**

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, com a pare/mare o tutor/a, AUTORITZO al **C. E. Drac Màgic** a administrar els medicaments que indico en les dosis i els horaris corresponents a l'infant \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, durant el transcurs de l'activitat.

**Medicament 1**

Nom del medicament:

Dosis:

Horari:

**Medicament 2**

Nom del medicament:

Dosis:

Horari:

**Medicament 3**

Nom del medicament:

Dosis:

Horari:

***OBSERVACIONS:***

***REQUERIMENTS:***

- 1) Cal que s'indiqui el nom de l'infant, l'hora i la dosi a l'envàs del medicament i posar-se en contacte amb el monitor de l'infant.
- 2) Cal aportar l'autorització del metge (recepta del medicament a subministrar).
- 3) Es subministrarà a l'entitat la quantitat de medicació suficient per tots els dies de l'activitat.

A \_\_\_\_\_, Dia \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

Signatura:

**Protecció de dades:** D'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades (LOPD) us informem que les vostres dades s'inclouen en el fitxer *Autorització.Administració.Medicaments*, el responsable del qual és C.E. Drac Màgic (NIF: G-60.618.402). Les vostres dades seran tractades amb l'única finalitat de gestionar i coordinar l'activitat d'Estiu. En qualsevol cas, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant una comunicació escrita, a la qual heu d'adjuntar una fotocòpia del DNI, adreçada a la seu social de l'entitat (Parc de la Quadra d'Enveja s/n, Vilanova i la Geltrú).