

AL·LÈRGIES

Medicaments	
Agents externs	
Alimentàries	

ESTAT DE SALUT I D'ACTIVITAT ACTUAL

Actualment està malalt/a	
Malalties importants patides	
Intervencions quirúrgiques	

OBSERVACIONS

--

Jo _____, pare, mare o tutor/a legal d'en/na _____, amb DNI _____ certifico que aquesta fitxa ha estat correctament emplenada i autoritzo els/les monitors/es del Grup d'Esplai de Lliça d'Amunt a administrar els tractaments que els indiqui a través de la fitxa de tractaments i a prendre les decisions medicoquirúrgiques necessàries en cas d'urgència i sota la direcció facultativa pertinent.

Signatura i data.

NOTA: En el cas que aquesta fitxa no estigui correctament emplenada, l'equip de monitors del Grup d'Esplai de Lliça d'Amunt no es farà responsables de les conseqüències que se'n puguin derivar.