

AUTORITZACIÓ FAMILIAR COLÒNIES

En/na
amb DNI com a pare/mare, tutor/a legal de
l'alumne/a de la classe de
autoritzo al meu fill/a a participar a les colònies que l'institut escola La Flor
de Maig organitza a
els dies de i faig extensiva aquesta
autorització delegant en els referents la potestat per prendre les decisions
mèdic-quirúrgiques, que sigui convenient aplicar, en cas d'urgència, sota
de la direcció facultativa pertinent. De la mateixa manera autoritzo al seu
desplaçament en vehicles privats en cas de necessitat.

Telèfon de contacte: Nom:

Telèfon de contacte: Nom:

Ha estat vacunat/da del tètanus per darrera vegada (data):

Al·lèrgies o d'altres observacions que considero importants sobre la salut
del meu fill/a (malalties cròniques, intoleràncies alimentàries, ...)

.....
.....
.....
.....

Signatura del pare /mare tutor/a:

Barcelona, de de 20

AUTORITZACIÓ FAMILIAR MEDICACIÓ COLÒNIES

En/na
amb DNI com a pare/mare, tutor/a legal de
l'alumne/a de la classe de
autoritzo l'escola a administrar al meu fill/a, durant el període de colònies, el
medicament assenyalat en cas de febre igual o superior a 38°
Paracetamol 100mg/ml Sí No
(Apiretal, Gelocatil) Dosi:

De la mateixa manera l'autoritzo a administrar els següents medicaments:
..... hora dosi
..... hora dosi
..... hora dosi
seguint la pauta mèdica que us faré arribar a l'escola.

Observacions si s'escau:

.....
.....
.....
.....

Signatura del pare /mare tutor/a:

Barcelona, de de 20