



ESPORTSPLAY
Associació d'ESPORTS PLAY
G66025875



AUTORITZACIÓ PER DISPENSAR MEDICAMENTS

JO..... amb DNI nº.....
Nom i cognoms del pare, mare, tutor o tutora nº DNI / Passaport

AUTORITZO als entrenadors/es d'ESPORTS PLAY del meu fill/a.....
a dispensar el medicament que especifico a continuació durant l'estada al CAMPUS d'ESPORTS PLAY
del 24 de Juny al 30 de Juny de 2024 en cas que sigui necessari.

NOM/S DEL MEDICAMENT/S:.....

INDICACIONS:

DOSIS:

OBSERVACIONS:

SIGNATURA:

BARCELONA,..... dede 2024.



ADJUNTA còpia de la recepta mèdica o informa de prescripció del metge.

*La organització recomana en cas de sospita la realització d'un TEST d'ANTÍGENS en les 24h prèvies a l'arribada als CAMPUS PLAY 2024.

*En la mesura que s'apropi la data i segons mesures vigents es facilitarà el protocol CÒVID.