



ESPORTSPLAY

Associació d'ESPORTS PLAY
G66025875



AUTORITZACIÓ PER DISPENSAR MEDICAMENTS

JO..... amb DNI nº.....
Nom i cognoms del pare, mare, tutor o tutora n° 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 2 de Juliol al 8 de Juliol de 2023 en cas que sigui necessari.

NOM/S DEL MEDICAMENT/S:	
INDICACIONS:	DOSIS:
OBSERVACIONS:	SIGNATURA:

BARCELONA,..... dede 2023.

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



*La organització recomana la realització d'un TEST d'ANTÍGENS en les 24h prèvies a l'arribada als **CAMPUS PLAY 2023**.

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