

JO..... amb DNI nº.....

Nom i cognoms del pare,mare, tutor o tutora	nº DNI / Passaport
---	--------------------

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

DOSIS:

SIGNATURA:

***La organització recomana en cas de sospita la realització d'un TEST d'ANTÍGENS en les 24h prèvies a l'arribada als CAMPUS PLAY 2025.**