



TRIPLE DECLARACIÓ

AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

* Encercla la figura que tens de cara a l'infant o jove (pare, mare o tutora), omple les dades personals, encercla l'ítem corresponent (algun, tots o cap) i marca amb una **X** les caselles depenent de si són un "sí" o un "no".

Jo en/na pare/mare/tutora _____ amb DNI _____
autoritzo a l'equip de monitores de l'infant/jove _____
a poder donar en cas necessari algun/tots/cap

d'aquests medicaments:

	SÍ	NO	Altres observacions del medicament (en cas de ser necessari)
Ibuprofeno de 400 mg			
Paracetamol de 650 mg			
AfterBite			
Compeed			
Topionic			

SIGNATURA del pare, mare o tutora

_____, a ____ de _____ de 2026

AUTORITZACIÓ DEL COTXE

* Encercla la figura que tens de cara a l'infant o jove (pare, mare o tutora) i omple les dades personals, i marca amb una **X** les caselles depenent de si són un "sí" o un "no".

Jo en/na pare/mare/tutora _____ amb DNI _____
autoritzo ☐ a l'equip de monitores i/o ☐ a l'equip d'intendència, que
en cas necessari pugui traslladar amb cotxe a l'infant/jove _____
fins al destí corresponent (hospital, cap, etc.).

SIGNATURA del pare, mare o tutora

_____, a ____ de _____ de 2026