

TRIPLE DECLARACIÓ

AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

** Encercla la figura que tens de cara a l'infant o jove (mare, pare 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 mare/pare/tutora _____ amb DNI _____ autoritzo a l'equip de monitores del curs 2025- 2026 de l'infant/jove _____ a poder donar en cas necessari algun/tots/cap d'aquests medicaments:

	SÍ	NO
Ibuprofeno de 400 mg		
Paracetamol de 650 mg		
AfterBite		
Compeed		
Topionic		

Altres observacions del medicament (en cas de ser necessari)

.....

.....

SIGNATURA de la mare, pare o tutora

_____, a ____ de _____ de 2025

AUTORITZACIÓ DE COTXE

Jo en/na mare/pare/tutora _____ amb DNI _____ autoritzo a l'equip de monitores i /o a l'equip d'intendència del curs 2025-2026, que en cas necessari pugui traslladar amb cotxe a l'infant/jove _____ fins al destí corresponent (hospital, cap, etc.).

SIGNATURA de la mare, pare o tutora

_____, a ____ de _____ de 2025

AUTORITZACIÓ DRETS D'IMATGE DE LA COMICCC

Jo en/na mare/pare/tutora _____ amb DNI _____

☐ autoritzo ☐ no autoritzo

a l'equip de monitores i/o monitores d'altres centres d'educació en el lleure, a realitzar fotografies o vídeos de l'infant/jove _____ durant activitats organitzades per la COMICCC, amb la finalitat que siguin publicades a les xarxes socials d'aquesta i/o les entitats que en formen part.

SIGNATURA de la mare, pare o tutora



_____, a ____ de _____ de 2025