



FULL DE DOCUMENTACIÓ I AUTORITZACIÓ SANITÀRIA

ENGANXEU FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA

En/Na _____ amb DNI _____

com a pare/mare/tutor de _____

-Autoritzo a prendre les decisions mèdic-quirúrgiques que siguin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa adequada

SÍ NO

-Autoritzo a transportar al menor en vehicle privat en cas de necessitat

SÍ NO

-Autoritzo als monitors del Campus a realitzar petites cures en cas que sigui necessari

SÍ NO

Signatura del pare/mare/tutor