

## Autorització mèdica:

El/la vostre/a fill/a: \_\_\_\_\_

Té alguna al·lèrgia?

---

---

---

Té alguna malaltia crònica?

---

---

---

En excursions i campaments ha de prendre alguna medicació?

---

---

---

---

Ha de seguir algun règim especial?

---

---

---

En cas d'accident o malaltia on sigui necessària una intervenció quirúrgica urgent, autoritzo l'equip mèdic a realitzar-la.

Per donar la meua conformitat a la present autorització mèdica, la signo

A \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**signatura pare, mare, tutor/a:**

### IMPORTANT

Adjunto una fotocòpia de la cartilla de la Seguretat Social o equivalent i una fotocòpia del carnet de vacunacions del/ de la meu/meua fill/a