Data: Fes clic per posar una data.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom**  | Nom del / la participant. |
| **Medicació crònica** |
| **Nom del medicament** | **Dosi/Frenqüència** | **Per a que serveix/observacions** |
| Nom del medicament | Exemple:50mg/100mg1-0-1. | Fes clic aquí per escriure text. |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| **Medicació puntual** |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |
| - | - | - |

En/na Escric el seu nom. amb DNI/NIE DNI/NIE autoritza a l’associació Infinits Somriures a administrar la medicació indicada prèviament.

Signatura:

|  |
| --- |
| En cas de no poder contactar amb vosaltres, i necessitant una intervenció quirúrgica per accident durant una sortida.  |
| Doneu la vostra autorització perquè es porti a terme? |
| Autoritzeu en les mateixes condicions anteriors una transfusió de sang? |
| Signatura dels pares o tutors: |

L’Associació Infinits Somriures realitza el tractament de les vostres dades personals amb la finalitat de gestionar la seva inscripció. No està prevista la cessió a tercers, si no és per imperatiu legal. Podeu exercitar els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació, i oposició a la web de www.infinitsomriures.cat, i per correu electrònic adreçat a Associació Infinits Somriures. També podeu obtenir més informació en l'apartat de protecció de dades de l’Associació Infinits Somriures, on figura la bústia del delegat de protecció de dades (Dpd@infinitsomriures.cat) per qualsevol consulta o queixa sobre la vostra privacitat