



NOMBRE: APELLIDOS:
 DISCAPACIDAD: % GRADO: TELÉFONO: TELÉFONO 24 H.:.....
 DIRECCIÓN EMAIL:

MEDICACIÓN*

MEDICAMENTO	DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA	CENA

*Dicha información debe ser acompañada de la prescripción médica o farmacéutica de lo contrario a Entidad no se hace responsable de la medicación y pauta indicada

Indique qué administrar o qué pauta a seguir ante cualquiera de las siguientes situaciones:

Molestias o dolores leves	
Crisis o alteraciones de conducta	

Indique si existe alguna cuestión destacable sobre estos apartados:

ALERGIAS	SALUD	CONTROL ESFINTERES	COMIDAS (Dieta)	SUEÑO	MOVILIDAD	PROBLEMAS CONDUCTA

Indique si puede tomar:

CHOCOLA TE	COCA - COLA	CAFÉ TÉ	ALCOHOL	TABACO	OBSERVACIONES
				

D./D^a. con domicilio en la calle
..... y con DNI.....
padre/madre/representante legal de, autorizo a mi
familiar/tutelado para que participe en la actividad
..... organizada por Bona Gent APDI, en
las fechas, incluidos los desplazamientos, viajes de
ocio, respiros familiares y actividades lúdicas y de ocio que la misma organice y declaro también,
autorizar a mi familiar a subir en vehículos de profesionales y/o personas voluntarias cuando la
actividad lo requiera.

A la finalización de cada actividad, lo habitual es que la persona usuaria vuelva a casa Sola/o //
Vendrán a recogerle **¿Quién?**
En caso de que en alguna ocasión dicha indicación sea modificada, será necesario que nos lo
comuniquen de antemano.

A tal efecto acompaño la prescripción médica y farmacéutica necesaria para garantizar la adecuada
atención de mi familiar/tutelado durante la actividad, reconociendo y comprometiéndome a facilitar
cuanta información de antecedentes médicos, incompatibilidades, alergias, incidencias de conducta
habituales o puntuales, en su caso, se precise.

Igualmente, me **RESPONSABILIZO** a facilitar todos y cada uno de los cambios que tengan lugar en el
estado de salud, comportamiento, medicación o situaciones puntuales que se produzcan en mi
familiar, con el objetivo de mantener actualizada la información del mismo; **EXONERANDO**, por
tanto, a Bona Gent APDI de las incidencias que pudieran derivarse por la falta de información al
respecto, y designo para que sea comunicada cualquier incidencia de relevancia el **nº de teléfono(s)**
.....

Y para que conste, firmo en Valencia a de..... de 20.....

Fdo.: Padre/Madre/ Representante Legal