

AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTO AL ACAMPADO/A



Don/Doña con D.N.I.....

Padre/madre/tutor/a del acampado/a.....

Expongo que el acampado/a anteriormente citado padece:

por lo que **AUTORIZO** al profesor/a, monitor/a de mi hijo/a a dar la siguiente medicación:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	M	T	N	OBSERVACIÓN

(M) DESPUÉS DE DESAYUNAR

(T) DESPUES DE COMER

(N) DESPUÉS DE CENAR

Asumiendo, con esta solicitud, toda la responsabilidad médica que pudiera derivarse y eximiendo de responsabilidades a la Asociación.

Firma del padre/madre/tutor/a legal

Badajoz, a ____ de _____ del 202__.