



# Autorización Administración Medicamentos NAVIDAD 2018



Del 2 al 5 de Enero en Berzosa de Lozoya

Este documento únicamente tendrá validez si se adjunta informe médico del participante.

## DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre	<input type="text"/>
1er Apellido	<input type="text"/>
2º Apellido	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>
Etapa (a rellenar por la asociación)	<input type="text"/>

---

Nombre del medicamento	<input type="text"/>
Dosis	<input type="text"/>
Horario de la toma (seleccionar las opciones que sean necesarios)	<input type="checkbox"/> Ayunas <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Otro (indicar abajo)*

Otro horario (indicar)*	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

Otras observaciones de interés	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------

---

Don/Doña:	<input type="text"/>
con DNI:	<input type="text"/>
Como madre, padre, tutor legal de:	<input type="text"/>

Autorizo a los monitores de la asociación Infantil y Juvenil "La Agrupación" a administrar los medicamentos anteriormente señalados en la forma y horarios arriba indicados durante la realización del campamento

Entiendo que sin informe médico previo, no podrán administrar ningún tipo de medicamento a mi hij@.

Firma, fecha, y sello de la asociación