



FORMULARIO DE MEDICAMENTOS PARA EL CAMPAMENTO DE VERANO 2018

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

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____

1er Apellido: _____

2º Apellido: _____

Edad: _____

Etapa (a rellenar por la asociación): _____

Nombre del medicamento): _____

Dosis): _____

Horario de la toma (seleccionar
las opciones que sean
necesarios)

- Ayunas
- Desayuno
- Comida
- Cena
- Antes de dormir
- Otro (indicar abajo) *

Otro horario (indicar)*: _____

Otras observaciones de interés): _____

Don/Doña: _____

con DNI: _____

Como madre, padre, tutor legal de: _____

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 de verano que transcurrirá del 1 al 15 de agosto en la localidad de Sevilla La Nueva (Madrid).

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

Firma, fecha, y sello de la asociación