



Ficha de Medicamentos

La Agrupación // Campamento Semana Santa 2019

DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Etapas: A rellenar por la Asociación

DATOS SOBRE LOS MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento:

Dosis:

Horario de la toma:

<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"/> Otros

Otro horario:

Otras observaciones de interés:
Cualquier detalle, por pequeño que sea, nos ayuda a los monitores a conocer a tu hijo/a. Esta información es privada y de único conocimiento de los monitores

DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE

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 Semana Santa que transcurrirá del 13 al 17 de abril en la localidad de Uceda (Guadalajara). Entiendo que sin informe médico previo, no podrán administrar ningún tipo de medicamento a mi hijo/a

Don/Doña:

Con D.N.I.:

Firma, fecha y sello de la asociación