



INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

D/D^a _____, con DNI: _____, PADRE/ MADRE

Y/O TUTOR/A LEGAL de: _____, INFORMO Y AUTORIZO:

El monitor de C.D.E. Tupanga no suministrará ningún medicamento a su hijo/a a no ser que esté debidamente cumplimentada y firmada esta autorización y adjunten una copia de la prescripción médica.

- Nombre del niño/a _____

- Condición médica o enfermedad _____

MEDICAMENTO 1:

- Nombre / tipo _____

- Posología _____

- Horario _____

- Posibles efectos secundarios _____

MEDICAMENTO 2:

- Nombre / tipo _____

- Posología _____

- Horario _____

- Posibles efectos secundarios _____

- DETALLES DE CONTACTO EN CASO DE INCIDENCIA

Nombre _____ Teléfono _____

Acepto y entiendo que este es un servicio que C.D.E. Tupanga no está obligado a asumir y que tengo que notificar cualquier cambio por escrito al organizador.

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

Firma de padre/ madre/ tutor