



## AUTORIZACIÓN MEDICACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

\_\_\_\_\_

Indique si su hijo/a sigue algún tratamiento o padece alguna enfermedad o alergia que precise una atención especial (indicar claramente la enfermedad y el tratamiento a seguir, o aporte informes médicos):

### ENFERMEDAD, MEDICAMENTO Y DOSIS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D/Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
padre, madre o tutor de \_\_\_\_\_

AUTORIZO A LOS MONITORES DEL CAMPAMENTO para suministrar los medicamentos señalados a mi hijo/a (que traerán de casa en una bolsita identificada)

En....., a ..... de ..... de 2022

Firma:

Fdo.: \_\_\_\_\_