

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Yo, _____, con DNI
_____, padre, madre o tutor responsable de
_____ quien padece
_____ **AUTORIZO** al monitor/a
de mi hijo/a dar la siguiente medicación

- VÍA DE ADMINISTRACION _____
- DOSIS _____
- PERIODO DESDE _____ HASTA _____

Asumiendo, con esta solicitud, toda la responsabilidad médica que pudiera derivarse y eximiendo de responsabilidades al campamento.

Firmo la presente en Zaragoza a _____ de _____ de 2018