GRUPO SCOUT ALDEBARAN
PARROQUIA DE SAN MATEO y SANTO DOMINGO DE GUZMÁN
C/VIVES SN 47006. VALLADOLID

AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./Dña. _____ con DNI _____
madre/padre/representante legal del alumno/a _____ con DNI _____.

AUTORIZO al monitor responsable a administrarle la medicina:

– NOMBRE DEL MEDICAMENTO:
_____
– DOSIS:
_____

Durante la actividad de _____ en las fechas _____ de _____ del 202 __.

D./Dña. _____ en mi calidad de madre/padre/tutor/a legal del alumno/a arriba referido, SOLICITO Y AUTORIZO a que se administre la medicación descrita por parte de su tutor/a o, en su caso, del responsable bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos.MI hijo/a de la misma forma ha sido instruido en la toma de la medicación. Asimismo, por la presente eximo al Grupo Scout Aldebarán de cualquier responsabilidad que pueda derivarse en caso de empeoramiento de la salud de mi hijo/a tutelado/a, siempre que la administración se haya efectuado conforme a las correspondientes indicaciones.

En Valladolid a ___ de _____ de 20 __

Firma del padre/madre/tutor/a
D./Dña: