



AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

D:

con DNI:

Dña.:

con DNI:

Padres y/o tutores legales del niño/a:

....., que asiste

al la actividad

Teléfonos de localización urgente: fijo:

Móvil: Móvil II :

Personas a quienes llamar en caso de no localizar a los padres (nombre y teléfono):

.....

SOLICITAN:

Al personal de la Colonia/Campamento la administración de la medicación o dieta alimenticia prescrita por su médico y que figura en la receta adjunta en el caso de precisar.

Y AUTORIZAN:

Al personal de la actividad para que administren dicha medicación al niño/a.

Fdo: Padres y/o tutores legales. Fecha: