

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Don/Doña..... con D.N.I.....

Padre/madre/tutor/a de de edad.....

Expongo que el/la niño/a anteriormente citado padece:

.....
.....

por lo que **AUTORIZO** a los/las scouters de mi hijo/a a dar la siguiente medicación:

.....
.....

con la siguiente posología y pauta de administración:

.....
.....

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

Murcia, ade.....del 20....

Firma del padre/madre/tutor/a legal