



Por la presente, D./Dña. ....

en calidad de madre/padre/tutor legal (tache los que no procedan) del alumno/a

participante en el programa WEEK CAMP del ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / .....

autorizo al personal de la actividad a que le proporcionen las medicinas que a continuación se detallan en las horas indicadas. Dichas medicinas serán entregadas al profesor acompañante en una bolsa cerrada, indicando el nombre del alumno en el exterior.

MEDICAMENTO	DOSIS	HORA	OBSERVACIONES
EJEMPLO <i>Nombre medicina</i>	EJEMPLO <i>1 pastilla</i>	EJEMPLO <i>Antes del desayuno</i>	EJEMPLO <i>La suele tomar con zumo</i>

El personal afecto a WEEK CAMP no facilitará medicaciones que no se hayan autorizado en la FICHA DE INSCRIPCIÓN o en la presente hoja. Todas las medicinas deben ser aportadas por el alumno, a través de su profesor acompañante y serán custodiadas en la enfermería de la actividad.

Firmado en ..... a ..... de ..... de 201 .....

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL