

AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN

Yo _____ con DNI _____,

como padre/madre/tutor del niño/a _____,

Autorizo al personal del Campamento Urban West, a administrarle a mi hijo/a

medicamento _____ con

dosis estipuladas de _____ a las horas _____

desde el día _____ hasta el día _____,

por prescripción facultativa de la que apporto justificante.

Fecha:

Fdo.

Nota: Imprimir y entregar cubierta.



**ASOCIACION
WEST
GALICIA**

ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES
RARAS Y EPILEPSIA DE GALICIA

JUNTOS SEREMOS MÁS FUERTES

info@westgalicia.es

  westgalicia

www.westgalicia.es