

Autorización para la administración de medicamentos

Yo (nombre del padre, madre o tutor) _____ informo a GDS Educación Y Ocio S.L. de la necesidad de administrar a mi hijo/a la siguiente medicación durante el transcurso del campamento INNOVA _____, durante los días _____. Se adjunta el correspondiente informe médico.

Nombre completo del niño	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
--------------------------	-------------------------------------	--

MEDICAMENTO

Nombre del medicamento	Dosis	Hora de administración	Forma de administración	Periodo de administración del medicamento	
				Desde	Hasta
		AM PM			
		AM PM			
		AM PM			
		AM PM			

AUTORIZACIÓN:

Por la presente, autorizo a que GDS Educación y Ocio S.L. administre los medicamentos arriba mencionados a mi hijo/a y así mismo eximo a la empresa de cualquier tipo de responsabilidad que pudiera derivarse de la administración de estos medicamentos.

Fecha ____/____/____

(Firma Padre/ Madre/ Tutor):