

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN AL MENOR

Imagina Summer Camp

Nombre y apellidos del menor _____

Nombre del campamento y fecha _____

Don/Doña _____ con DNI _____

en calidad de padre/madre/tutor de (nombre del menor) _____

autorizo a IMAGINA SUMMER CAMP (IMAGINA EDUCATION S.L.U.) a que suministremos la medicación indicada en este documento y según las dosis descritas.

1.- Nombre del medicamento: _____

1.- Posología: _____

2.- Nombre del medicamento: _____

2.- Posología: _____

3.- Nombre del medicamento: _____

3.- Posología: _____

En _____ a _____ de _____ de 202

Firma del tutor legal: