

ANEXO III

AUTORIZACIÓN DO SUBMINISTRO DE MEDICACIÓN POR PARTE DOS/AS MONITORES/AS DO CAMPAMENTO

Dna _____ con DNI _____
e D. _____ con DNI _____
como pai /nai /titor/a legal do/a menor, que participa no **CAMPAMENTO CONCILIA
NADAL 2024**, programa que organiza o Concello de Oza-Cesuras, durante os días
NON lectivos, comprendidos entre o 23 de decembro de 2024 e o 7 de xaneiro de 2025,
ambos días incluídos.

COMUNICAN que o/a seu/súa fillo/a _____
debido á/s doenza/s que ten diagnosticada/s, poderá precisar que os/as monitores/as do
campamento, nunha situación de crise, teñan que **subministrarlle**, _____
mg/ml, de (indicar medicación) _____
, con denominación comercial _____ **e data de**
caducidade _____ .

Que por medio da presente achegan o protocolo a seguir ante a aparición dunha crise
dirixido ao centro escolar no que está escolarizado/a o/a menor, para que se aplique o
mesmo protocolo en caso de que as crises se produzan durante a participación do/a
menor nas actividades de conciliación que se levan a cabo no “CAMPAMENTO OZA-
CESURAS – CONCILIA NADAL 2024”.

Que por medio da presente **AUTORIZAN** a calquera dos monitores e monitoras que
presten servizos nas actividades realizadas no “CAMPAMENTO OZA-CESURAS –
CONCILIA NADAL 2024” a coñecer as indicacións médicas aportadas e a
administrarlle ao/á menor a medicación pertinente conforme á prescripción médica
aportada.

Oza-Cesuras, a _____ de _____ de _____ .

Sinatura da nai/titora legal

Sinatura do pai/titor legal

RECIBIMOS A MEDICACIÓN e ACEPTAMOS A AUTORIZACIÓN

Asdo.- _____
DNI.- _____
(Monitora da empresa)

Asdo.- _____
DNI.- _____
(Monitora da empresa)

Asdo.- _____
DNI.- _____
(Monitora da empresa)

Asdo.- _____
DNI.- _____
(Monitora da empresa)