



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 Oza-Cesuras Concilia Semana Santa 2025**”, programa que organiza o Concello de Oza-Cesuras, durante os días **NON lectivos**, comprendidos entre o 14 e o 21 de abril de 2025, ambos 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 Semana Santa 2025**”.

Que por medio da presente **AUTORIZAN** a calquera dos monitores e monitoras que presten servizos nas actividades realizadas no “**Campamento Oza-Cesuras Concilia Semana Santa 2025**” 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 2025.

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)