

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

Dona _____ con DNI _____
e D. _____

con DNI _____ como pai /nai /titor/a legal do/a menor, que participa no “**Campamento Oza Cesuras Concilia Verán 2026**”, programa que organiza o Concello de Oza Cesuras, durante a duración do campamento verán 2026.

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 Verán 2026**”.

Que por medio da presente **AUTORIZAN** a calquera dos monitores e monitoras que presten servizos nas actividades realizadas no “**Campamento Oza Cesuras Concilia Verán 2026**” a coñecer as indicacións médicas aportadas e a administrarlle ao/á menor a medicación pertinente conforme á prescrición médica aportada.

Oza Cesuras, a _____ de _____ de 2026.

Sinatura da nai/titora legal

Sinatura do pai/titor legal

RECIBIMOS A MEDICACIÓN e ACEPTAMOS A AUTORIZACIÓN

Asdo.-

Asdo.-

Asdo.-

Asdo.-

DNI.- _____

DNI.- _____

DNI.- _____

DNI.- _____

(Monitora da empresa)

(Monitora da empresa)

(Monitora da empresa)

(Monitora da empresa)