

**AUTORIZACION DO SUMINISTRO DE MEDICACION POR PARTE DOS/AS
MONITORES/AS DAS ACTIVIDADES DE CONCILIACION**

Dña. _____ con DNI _____ e D.
_____ con DNI _____ como
pai/nai/titor/a legal do/a menor, que participa nas actividades de conciliación durante o
curso 2026/2027, programa que organiza o Concello de Oza Cesuras, durante os días
lectivos, comprendidos entre o 9 de setembro de 2026 e o 21 de xuño de 2027 ambos
incluídos.

COMUNICAN que o/a seu/súa fillo/a
_____ debido á/s doenzas
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 edificio de usos múltiples
durante o curso 2026-2027.

☐ Que por medio da presente AUTORIZAN a calquera dos monitores e monitoras que
presten servizos nas actividades de conciliación durante o curso 2026-2027 realizadas
no edificio de usos múltiples 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 2026

Sinatura da nai/titora legal

Sinatura do pai/titor legal

RECIBIMOS A MEDICACIÓN E ACEPTAMOS A AUTORIZACION

Asdo.- DNI _____ Asdo.- DNI _____ Asdo.- DNI _____ Asdo.- DNI _____

(Monitora da empresa) (Monitora da empresa) (Monitora da empresa) (Monitora da empresa)