

AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE ALERXIAS

Don/Dona..... con DNI....., con
teléfono de contacto como pai/nai/titor/a do neno/a
..... participante na Campaña de neve 2024 da Deputación da Coruña

PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN:

Expoño que o/a neno/a anteriormente citado padece:

.....
.....
.....

polo que **AUTORIZO** a darlle a seguinte medicación (e pautas):

.....
.....
.....

Asumindo, con esta solicitude, toda a responsabilidade médica que pudiera derivarse e eximindo de responsabilidade á entidade organizadora.

PARA INFORMACIÓN DE ALERXIAS:

Expoño que o/a neno/a anteriormente citado/a padece a seguinte alerxia:

.....
.....

A Coruña,de.....de 202....

Sinatura do pai/nai/titor/a legal

- A administración de medicamentos vaina realizar persoal sanitario.
- A administración de medicación, unicamente se realizará previa presentación dunha prescrición médica e esta autorización escrita do pai/nai/titor/a legal, onde se especificarán os datos do/a neno/a, a medicación, a hora de administración e doses que se han administrar.
- No caso de que exista algunha dúbida, non se administrará o medicamento sen a comunicación directa coa persoa que asina esta autorización.
- O medicamento deberá entregarse **DIRECTAMENTE** ao monitor ou monitora na parada de recollida antes do inicio da viaxe. Os nenos e nenas non poderán transportar a medicación polo risco que iso implica.
- De presentárense casos como febre, dor de cabeza, golpes, caídas... que requiran algunha pomada ou medicamento para esta situación concreta, informarse ao pai/nai/titor/a legal para a súa autorización.