



AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS

LES INFORMAMOS DE LAS NORMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DURANTE LOS DÍAS DE DURACIÓN DEL CAMPAMENTO URBANO DE OCIO INCLUSIVO.

La administración del medicamento únicamente se realizará previa presentación de una autorización firmada por el padre, madre o tutor según modelo adjunto, en el que se especificarán los datos del usuario/a, la medicación y la dosis a administrar. En caso de existir alguna duda, **NO SE ADMINISTRARÁ DICHO MEDICAMENTO** sin la comunicación directa de la persona que firma la autorización. Esta autorización debe ir acompañada del **INFORME MÉDICO CORRESPONDIENTE**.

La administración del medicamento únicamente se realizará previa presentación de una autorización firmada por el padre, madre o tutor según modelo adjunto, en el que se especificarán los datos del usuario/a, la medicación y la dosis a administrar. En caso de existir alguna duda, **NO SE ADMINISTRARÁ DICHO MEDICAMENTO** sin la comunicación directa de la persona que firma la autorización. Esta autorización debe ir acompañada del **INFORME MÉDICO CORRESPONDIENTE**.

Don/Doña.....
con D.N.I.....
Padre/madre/tutor/a del niño/a.....
Expongo que el niño/a anteriormente citado padece:
.....
.....

Por lo que AUTORIZO: al personal del Campamento Urbano de Ocio Inclusivo que tendrá lugar del ----- (fecha del campamento);

A suministrar la siguiente medicación.....
con las siguientes dosis
desde el día..... hasta el día.....
Tal como se indica en la receta médica y en el informe médico adjuntos.

En Burgos, a.....de.....de 20.....
Fdo.

Esta autorización no tiene validez si no se acompaña de la receta médica y el informe médico actualizados.