



Grupo Scout Nadino - Scouts de Guadalajara

Autorización Administración Medicamentos

Datos del Scout

DNI	NOMBRE Y APELLIDOS		FECHA NACIMIENTO
DIRECCION		POBL Y CP	PROVINCIA
TEL FIJO	TEL MOVIL 1	TEL MOVIL 2	EMAIL

Actividad:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD, LUGAR: (Acampada, Campamento,...)	Fechas:
---	---------

Medicación:

PATOLOGIA:
MEDICACION: (Indicar Nombre del medicamento, concentración si procede y adjuntar prospecto)
PAUTA DE ADMINISTRACION: (No de tomas al día, Horarios, etc.)
OBSERVACIONES:

Yo, D. _____ con DNI _____

como padre/madre/tutor de _____

1. Adjunto informe médico y/o prescripción facultativa indicando la medicación y pauta de administración que sigue mi hijo/a o tutelado.
2. Solicito y Autorizo la administración a mi hijo/a o tutelado de la medicación especificada en la presente ficha.

Le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad de la Asociación Diocesana de Scouts de Sigüenza – Guadalajara, Grupo Scout Nadino, creado con la finalidad, de gestionar y controlar las características médicas que el asociado presenta y su participación en las diversas actividades, para lo que usted consiente expresamente. En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante comunicado, acreditando su personalidad, dirigido al Grupo Scout Nadino, Av. Constitución 1, 19200 Azuqueca de Henares.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo. _____