

FORMULARIO ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS

DATOS DEL MENOR:

Nombre _____ Apellidos _____
 _____ DNI _____ Fecha _____ de
 Nacimiento _____

DATOS DEL PADRE Y MARE O TUTOR /ES LEGALES

Nombre _____ Apellidos _____
 _____ DNI _____ Dirección _____
 Calle _____ nº _____ piso _____
 población _____ provincia _____ C.P. _____
 Teléfono _____ Email _____ @ _____
 Fecha de nacimiento _____ y
 apellidos _____

Nombre _____ Apellidos _____
 _____ DNI _____ Dirección _____
 Calle _____ nº _____ piso _____
 población _____ provincia _____ C.P. _____
 Teléfono _____ Email _____ @ _____
 Fecha de nacimiento _____ y
 apellidos _____

DECLARO

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de _____. Se adjunta informe médico para conocimiento de la Fundación y del Club.

Que, como consecuencia de lo anterior, necesita la administración de determinados medicamentos, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Casos en que se suministra	
Dosis para administrar	
Forma de administración	
Requisitos de conservación del medicamento	

En Granada a _____ de _____ de 2022

Firma y nombre del participante

Firma y nombre del tutor o tutores legales (obligatorio en caso de menores de edad o incapacitados judicialmente)

