



## 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 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ piso

\_\_\_\_\_ población \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Dirección

calle \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ pi

so \_\_\_\_\_ población \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### 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:

<b>Casos en que se suministra</b>	
<b>Dosis para administrar</b>	
<b>Forma de administración</b>	
<b>Requisitos de conservación del medicamento</b>	

En Granada a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Firma y nombre del participante

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

