



GRUPO SCOUT HEPTÁGONO

ASDE – Exploradores de Madrid

Don/Doña _____
con DNI nº _____ como tutor legal de mi hijo/a
_____ de la sección de
_____ autorizo al **responsable de Enfermería** _____
durante la actividad _____ a dar la siguiente medicación:

Fármaco: _____ Dosis: _____ Pauta: _____
Fármaco: _____ Dosis: _____ Pauta: _____
Fármaco: _____ Dosis: _____ Pauta: _____
Fármaco: _____ Dosis: _____ Pauta: _____

Madrid, a _____ de _____ de 20__

Firmado: Padre/Madre/Tutor Legal
Scouters Heptágono

Firmado:

