



federació
d'escoltisme
Valencià



AUTORITZACIÒ PER A SUMINISTRAR MEDICAMENTS

MENORS DE EDAT NO EMANCIPATS

En/Na _____,

com a mare/pare/tutor de:

DECLARE:

Que en relació a la prescripció mèdica, autoritze als scouters responsables del meu fill/a.

AUTORITZE:

Que en cas de pertocar el moment de la administració de la medicació necessària per a la malaltia destacada, duga a terme tal administració. Amb coneixement i prescripció mèdica.

_____, _____ d _____ de _____

DNI: _____

Firma: