

ANEXO III

AUTORIZACIÓN DO SUBMINISTRO DE MEDICACIÓN POR PARTE DOS/AS MONITORES/AS DO CAMPAMENTO

Dona _____ con DNI _____
e D. _____

con DNI _____ como pai /nai /titor/a legal do/a menor, que participa no
“**Campamento Oza-Cesuras Concilia Verán 2025**”, programa que organiza o
Concello de Oza-Cesuras, durante a duración do campamento verán 2025.

COMUNICAN que o/a seu/súa fillo/a _____
debido á/s doenza/s que ten diagnosticada/s, poderá precisar que os/as monitores/as do
campamento, nunha situación de crise, teñan que **subministrarlle**, _____
mg/ml, de (indicar medicación) _____ , con
denominación comercial _____ e **data de caducidade**
_____ .

☐ Que por medio da presente achegan o protocolo a seguir ante a aparición dunha crise
dirixido ao centro escolar no que está escolarizado/a o/a menor, para que se aplique o
mesmo protocolo en caso de que as crises se produzan durante a participación do/a
menor nas actividades de conciliación que se levan a cabo no “**Campamento Oza-
Cesuras Concilia Verán 2025**”.

☐ Que por medio da presente **AUTORIZAN** a calquera dos monitores e monitoras que
presten servizos nas actividades realizadas no “**Campamento Oza-Cesuras Concilia
Verán 2025**” a coñecer as indicacións médicas aportadas e a administrarlle ao/á menor a
medicación pertinente conforme á prescrición médica aportada.

Oza-Cesuras, a _____ de _____ de 2025.

Sinatura da nai/titora legal

Sinatura do pai/titor legal

RECIBIMOS A MEDICACIÓN e ACEPTAMOS A AUTORIZACIÓN

Asdo.-

Asdo.-

Asdo.-

Asdo.-

DNI.- _____

DNI.- _____

DNI.- _____

DNI.- _____

(Monitora da empresa)

(Monitora da empresa)

(Monitora da empresa)

(Monitora da empresa)