

**AUTORIZACIÓN DO SUBMINISTRO DE MEDICACIÓN POR PARTE DOS/AS MONITORES/AS  
DAS ACTIVIDADES DE CONCILIACIÓN**

Dna \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
e D. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

como pai /nai /titor/a legal do/a menor, que participa nas actividades de conciliación durante o curso 2025-2026, programa que organiza o Concello de Oza-Cesuras, durante os días **lectivos**, comprendidos entre o 8 de setembro de 2025 e o 19 de xuño de 2026 ambos incluídos.

**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 edificio de usos múltiples durante o curso 2025-2026.

Que por medio da presente **AUTORIZAN** a calquera dos monitores e monitoras que presten servizos nas actividades de conciliación durante o curso 2025-2026 realizadas no edificio de usos múltiples a coñecer as indicacións médicas aportadas e a administrarlle ao/á menor a medicación pertinente conforme á prescripción médica aportada.

Oza-Cesuras, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

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.- _____
( <i>Monitora da empresa</i> )	( <i>Monitora da empresa</i> )	( <i>Monitora da empresa</i> )	( <i>Monitora da empresa</i> )