



Título de la Actividad

Condiciones médicas y autorización de medicamentos

Yo, D./Dña

con DNI/NIE/Pasaporte

y teléfono de contacto

en calidad de padre/madre/tutor/a legal de

del centro de JMV

de años de edad:

MANIFIESTO a los organizadores de la actividad que mi hijo/a padece las siguientes alergias, intolerancias o condiciones médicas que deben ser tenidas en cuenta durante el desarrollo de la actividad:

SOLICITO Y AUTORIZO a los responsables de la actividad que administren a mi hijo/a los siguientes medicamentos (indicar medicamento y posología):

Para que así conste, firmo este documento que entrego junto con la autorización de participación.

En

a

Fdo. _____