SCOUTS® Construir un Mundo Mejor
ASDE Castilla y León
GRUPO SCOUT ACRUX 518
Carretera de Rueda, 53
(Barrio La Rubia) 47008
Valladolid (Valladolid)
acrux518@scout.es
scoutacrux.com

Miembro de la Organización Mundial del Movimiento Scout / Declarada de U.P. 1.12.1977/ Registro de Asociaciones 1071/ Premio Nacional de Medio Ambiente 1993/ Distinguida con la Corbata de la Orden Civil de Alfonso X-2005/Premio Estatal Voluntariado Social 2008

AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A MENORES EN CASO DE NECESIDAD

Yo, Don/Doña _____
con DNI_____
padre/madre/tutor/a legal del menor_____

Autorizo a los scouters del Grupo Scout Acrux 518 a administrar a mi hijo/a los siguientes medicamentos con su correspondiente pauta:

De la misma manera, autorizo a que, en caso de que sea necesario, los scouters del Grupo Scout Acrux 518 puedan administrar ibuprofeno o paracetamol (o cualquier otro analgésico) siempre que estos hayan sido prescritos por personal médico.

Así mismo, me comprometo a poner en conocimiento de los scouters del Grupo Scout Acrux, en caso de que mi hijo/a lleve medicamentos de casa a las salidas y/o acampadas.

En Valladolid, a _____ de _____ de 20__

Firmado: _____