



Grupo Scout Nadino

Scouts de Guadalajara MSC

Autorización Administración Medicamentos

Datos del Scout:

DNI	NOMBRE y APELLIDOS		F.NACIMIENTO
DIRECCION		POBL. Y CP.	PROVINCIA
TEL. FIJO	TEL. MOVIL 1	TEL. MOVIL 2	EMAIL

Actividad:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD, LUGAR: (Acampada, Campamento,...)	Fechas:
-----------------------------------------------------------	---------

Medicación:

PATOLOGIA:
MEDICACION: (Indicar Nombre del medicamento, concentración si procede y adjuntar prospecto)
PAUTA DE ADMINISTRACION: (Nº de tomas al día, Horarios, etc.)
OBSERVACIONES:

Yo, D. _____ con DNI _____ en calidad de Padre / Madre /tutor de _____

- Adjunto** informe médico y/o prescripción facultativa indicando la medicación y pauta de administración que sigue mi hijo/a o tutelado.
- Solicito y Autorizo** la administración a mi hijo/a o tutelado de la medicación especificada en la presente ficha.

Le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad de la Asociación Diocesana de Scouts de Sigüenza – Guadalajara, Grupo Scout Nadino, creado con la finalidad, de gestionar y controlar las características médicas que el asociado presenta y su participación en las diversas actividades, para lo que **usted consiente expresamente**. En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante comunicado, acreditando su personalidad, dirigido al Grupo Scout Nadino, Av. Constitución 1, 19200 Azuqueca de Henares.

En _____ a ____ de _____ de 20__

Firmado: padre/madre o tutor legal.