

6.2. DOCUMENTO 2. AUTORIZACIÓN APLICACIÓN MEDICAMENTO.

AUTORIZACIÓN APLICACIÓN MEDICAMENTO: (Adjuntar copia del informe del médico /pediatra).

Yo, _____ con DNI.: _____
Padre/madre/tutor), del alumno/a. me hago responsable de estar presente mediante
que se realiza la actividad, ya aplicar el/los medicamentos, necesarios a mi hijo/a.

Yo, _____ con DNI.: _____

Autorizo a:

D^o/a: _____ con DNI.: _____,
en calidad de _____, para que administren al
alumno/a, el Medicamento abajo indicado. Informándolo a sus padres ya sea mediante
teléfono, o verbalmente cuando sea recogido el alumno/a dicho día.

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO

Firmado: Padre / madre / tutor

EN MORÓN DE LA FRONTERA, A DE DE 20.

6.3. DOCUMENTO 3. INFORME MÉDICO.

INFORME MÉDICO

Reconocimiento efectuado por el Dr./Dra. _____
 Colegiado/a _____ de _____ médico de D^o/a:
 _____. Al solicitante del **PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES DE MORÓN DE LA FRONTERA.**
 D./Dña. _____

CUESTIONARIO	SI	NO	En caso informativo, ESPECIFICAR
Está debidamente vacunado			
Presenta problemas cardiovasculares			
Es diabético			
Es hipertenso			
Ha padecido o padece enfermedad infectocontagiosa			
Tiene algún tipo de alergia			
Limitaciones en el campo visual y/o auditivo			
Dificultades en el manejo de sus extremidades			
Dificultades en el manejo de sus extremidades superiores			
Dificultad respiratoria			

EN MORÓN DE LA FRONTERA, A DE DE 20