

6.2. DOCUMENTO 2. AUTORIZACIÓN APLICACIÓN MEDICAMENTO.

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

Yo, _____ con DNI.: _____, EN
CALIDAD DE MADRE del alumno/a _____. me hago
responsable de estar presente para la aplicación de 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.

PATOLOGÍA:

RUTA DE ADMINISTRACIÓN (ORAL, INYECTABLE, ETC.): **NO HACE FALTA LA APLICACIÓN DE NINGÚN MEDICAMENTO**

PERIDO DE APLICACIÓN: DESDE / / HASTA / /

NOMBRE MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO

Por medio de la presente, me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al PATRONATO MUNICIPAL DEPEORTES DE MORÓN DE LA FRONTERA, de cualquier responsabilidad derivada de de la decisión que he tomado.

Firmado: Padre / madre / tutor _____
DNI: _____

MORÓN DE LA FRONTERA, A DE DE 20.

6.3. DOCUMENTO INFORME MÉDICO.

Reconocimiento efectuado por el Dr./Dra. _____

Colegiado/a _____ de _____ médico de Dº/ª:
_____. Al solicitante del **PATRONATO**

MUNICIPAL DE DEPORTES DE MORÓN DE LA FRONTERA.

D./Dña. _____ CON DNI: _____

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			
OTRAS			

EN MORÓN DE LA FRONTERA, A DE DE 20