

PATRONATO MUNICIPAL DEPORTES

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. 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 201 .

PATRONATO MUNICIPAL DEPORTES

6.3. DOCUMENTO 3. INFORME MÉDICO.

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. _____

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 201 .