

GRUPO SCOUT NOU FOC (FEV-MEV)	AUTORIZACIÓN DEL TUTOR LEGAL PARA SUMINISTRAR MEDICAMENTOS																										
D. / DÑA.			CON DNI																								
EN CALIDAD DE	<input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL																										
Autoriza a los responsables del Grupo Scout Nou Foc, a suministrar los medicamentos abajo citados en las dosis correspondientes																											
A MI HIJO/A																											
Desde el día		Hasta el día	(AMBOS INCLUIDOS)																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="233 685 608 739">MEDICAMENTO</th> <th data-bbox="614 685 984 739">DOSIS</th> <th data-bbox="991 685 1356 739">PERIODICIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				MEDICAMENTO	DOSIS	PERIODICIDAD																					
MEDICAMENTO	DOSIS	PERIODICIDAD																									
Otras indicaciones: _____																											
Declaro: Que estos medicamentos han sido recetados por un médico, y que por tanto, tengo a disposición de quien lo requiera la prescripción médica original.																											
Autorizo: <input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.																											
<p style="text-align: center;">En _____, a ___ de _____ de 20__</p> <p style="text-align: center;">Firma del representante legal</p>																											