



**SCOUTS**<sup>®</sup>  
Construir un Mundo Mejor

**ASDE**  
Scouts de Andalucía

ASDE Scouts de Andalucía  
G.S. Brownsea 624  
Av. De los Custodios, 1.  
Edif. Espigón 1, local  
14004 Córdoba

624@scoutsdeandalucia.org  
www.brownseacordoba.com

## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

D. /Dña. \_\_\_\_\_, por medio de la presente y debido a la necesidad de administrar a mi hijo/a \_\_\_\_\_, una dosis de la medicación prescrita<sup>1</sup> por su médico en horario de actividad con la Asociación G.S. BROWNSEA 624, *solicitamos* la ayuda de los scouters de la sección para administrar la dosis correspondiente del medicamento que a continuación se señala y en el horario que se indica.

- NOMBRE DEL MEDICAMENTO \_\_\_\_\_.
- DOSIS \_\_\_\_\_.
- HORARIO DE ADMINISTRACIÓN \_\_\_\_\_.

Atentamente,

Firma del padre/madre o tutor

Fdo.:

En Córdoba a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

*<sup>1</sup>Esta autorización debe ir acompañada de preinscripción médica firmada por el colegiado.*

