

ALERGIAS / INTOLERANCIAS / ENFERMEDAD

Yo D. / Dña.

Con DNI

como padre/madre/tutor/tutora legal de

informo que mi hijo/a presenta las siguientes alergias, intolerancias o enfermedad:

en caso de producirse una reacción alérgica grave, autorizo a los monitores responsables a administrar el siguiente tratamiento o medidas a seguir:

desde
1974

Así mismo me comprometo a informar a elpilar grupo scout de cualquier cambio que se produzca y acompañar este documento con un informe médico.

Firma padre/madre/tutor/tutora legal:

En Valladolid a de del 20