

ENFERMEDADES/ MEDICACIÓN

Yo D. / Dña.

Con D.N.I.

como padre / madre / tutor / tutora de

informo que mi hijo/a, presenta las siguientes enfermedades

autorizo a los monitores responsables a administrar el siguiente tratamiento o medidas a seguir en caso necesario

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

Firmado:

En Valladolid a de de 20