



Deputación  
DA CORUÑA

**AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN E  
INFORMACIÓN SOBRE ALERXIAS E INTOLERANCIAS  
ALIMENTARIAS**

Don/Dona..... con DNI....., con  
teléfono de contacto ..... como representante legal de .....  
....., participante no Campamento deportivo 2024 da Deputación da  
Coruña

**PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN:**

Expoño que a participante anteriormente citado padece:

.....  
.....  
.....

polo que **AUTORIZO**, seguindo prescripción médica, a suministrarlle a seguinte medicación (e pautas):

.....  
.....  
.....

Asumindo, con esta autorización, toda a responsabilidade médica que puidera derivarse, e eximindo así de  
toda responsabilidade.

**PARA INFORMACIÓN DE ALERXIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS**

Expoño que a persoa participante anteriormente citada padece a seguinte alerxia:

.....  
.....

A Coruña, .....de.....de 2024

Sinatura da representante legal

- A administración de medicamentos realizarase por persoal sanitario.
- A administración de medicación, unicamente se realizará previa presentación dunha prescripción médica e esta autorización escrita pola representante legal, onde se especificarán os datos da participante, a medicación, a hora de administración e doses que se han administrar.
- No caso de que exista algunha dúbida, non se administrará o medicamento sen a comunicación directa coa persoa que asina esta autorización.
- O medicamento deberá entregarse **DIRECTAMENTE** no momento da chegada ao centro IES Rosalia Mera.
- De presentárense casos como febre, dor de cabeza, golpes, caídas... que requiran algunha pomada ou medicamento para esta situación concreta, informarse á persoa representante legal para a súa autorización.