



**Excmo. Cabildo Insular
de La Gomera**

C/ Profesor Armas Fernández, 2
38800 S/S de La Gomera
Tel: 922 14 01 06 / Fax: 922 14 01 51

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

CAMPAMENTO DE EL CEDRO 2025

D./Dña.(adulto): _____,
con DNI: _____ , teléfono de contacto: _____
padre/madre/tutor legal de _____ con DNI: _____
AUTORIZO al/la representante de enfermería del Campamento del Cedro a
administrar el/los siguiente/es medicamento/s, según pauta médica:

ENFERMEDAD	MEDICACIÓN	DOSIS	HORARIO	VÍA <i>(oral/injectable...)</i>

· En caso de síntomas leves de enfermedad o malestar físico general (fiebre, dolor de cabeza, menstruación, golpes, caída, etc.), autorizo la administración de medicación básica según el criterio de la organización (como analgésicos comunes, antitérmicos). SÍ NO

· ¿Existe algún medicamento al que presente reacción alérgica el menor?
Indicar cuál en caso afirmativo. SÍ NO

En caso de que el/la niño/a requiera de **algún cuidado de enfermería, le será comunicado telefónicamente.**

Para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente

En _____ , a ____ de _____ 2025

(PADRE / MADRE / TUTOR)