



DATOS DE SAÚDE E AUTORIZACIÓN

NOME DO/A PARTICIPANTE: _____

Datos sobre alerxias e/ou intolerancias

NO CASO DE ALERXIAS OU INTOLERANCIAS A MATERIAIS, ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, ETC. NECESÍTASE INFORME MÉDICO ACTUALIZADO

OUTROS DATOS INTERESANTES A TER EN CONTA:

a) Enfermidades máis frecuentes:

b) Medicamentos habituais (especialmente en caso de febre):

c) Necesita atención especial:

TELÉFONO PREFERENTE EN CASO DALGUNHA INCIDENCIA:

Autorización da administración de medicamentos

Autorizo ao equipo de monitores/as do campamento a **administrar**, en caso necesario, os **medicamentos indicados no punto b) do apartado anterior**, que son os que habitualmente utilizamos na casa.

Nome: _____

Actuando como nai/pai/titor/titora do/a menor solicitante.

DNI:

En a de

Sinatura:

de 2026.

