



## Administración de medicamentos durante una actividad o campamento

D/D<sup>a</sup>: ..... con D.N.I./ ..... y domicilio en ..... C.P.:.....Provincia:..... en calidad de Padre/ Madre, de .....,  
**solicita y autoriza** a la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA a administración de la siguiente medicación a su hijo/a.

Medicamento (nombre comercial del producto)

Dosis

Momento preferente para la administración

Procedimiento para su administración

Duración del tratamiento (fecha de finalización)

Indicaciones específicas sobre conservación, custodia o administración del medicamento

Otras observaciones

Zaragoza, ..... de.....de 20.....

Firmado.: Padre/ Madre.

En cumplimiento del RGPD UE 2016/679 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de que sus datos médicos anteriormente señalados pasarán a formar parte de los sistemas de información de la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT SANTA ENGRACIA 649 y de ASDE - SCOUTS DE ARAGÓN cuya finalidad es la planificación de las actividades y la comunicación de estos datos al personal sanitario habilitado en caso de emergencias.