



# Autorización para suministrar medicamentos a menores de edad no emancipados/as

*Esta autorización debe ir acompañada de la receta médica, la cual se  
devolverá cuando finalice la actividad.*

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

como madre-padre-tutor/a legal de \_\_\_\_\_

autorizo al Kraal responsable de mi hijo/a a suministrar los medicamentos oportunos bajo las indicaciones de la prescripción médica durante el campamento de verano del Grupo Scout Kipling en El Autillo, Orea, Guadalajara.

Valencia a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021

Firma: