



**FORMULARIO ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS**

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de \_\_\_\_\_. Se adjunta informe médico para conocimiento del CLUB.

*Que como consecuencia de lo anterior, necesita la administración de determinados medicamentos, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:*

Casos en que se suministra	
Dosis a administrar	
Forma de administración	
Requisitos de conservación del medicamento	

En Granada, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

Firma y nombre participante

Firma y nombre representantes legales (obligatoria en caso de menores)