

## FORMULARIO ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS

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

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	
Forma de administración	
Dosis a administrar	
Requisitos de conservación del medicamento	

En Granada a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma y nombre del participante

Firma, nombre y DNI de los tutores legales (obligatoria en caso de menores de edad)