Scouts de España
Grupo 1 SANTIAGO EL MAYOR
Fundado en 1950
c/ Oviedo, 11 · 28020 Madrid

CURSO 2026-2027

Autorización de Administración de Medicamentos

En las actividades del Grupo 1º Scout Santiago el Mayor no se les permite a las personas menores de edad tomar medicamentos por su cuenta. Del mismo modo que por nuestra parte jamás administramos medicación alguna sin prescripción médica o autorización paterna/materna.

Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento: Yo _____ con DNI/NIE _____, como madre/padre o tutor/a legal de _____

SOLICITO Y AUTORIZO al equipo de monitores/as del Grupo 1º Scout Santiago el Mayor para que administren la medicación siguiente:
(Marcar los medicamentos que autoriza para ser administrados a su hijo/a en caso de que fuera necesario).

En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación u otros:

- ☐ Apiretal 100ml/mg (paracetamol) Dosis:
- ☐ Paracetamol comprimidos. Dosis:
- ☐ Dalsy 40ml/mg o Junifen 40ml/mg (ibuprofeno). Dosis:
- ☐ Ibuprofeno comprimidos. Dosis:

En caso de seguir algún tratamiento, la siguiente medicación pautada por su médico:

-Medicamento: _____ lasiguientedosis: _____
Medicamento: _____ lasiguientedosis: _____

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro/a hijo/a sea alérgico/a o NO queréis que le sean administrados?

- ☐ SI
- ☐ NO

En caso afirmativo, ¿cuáles?

(Si hubiera algún otro medicamento, escribir en esta hoja o adjuntar informe si es necesario)

ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.
Y para que conste, firmo la presente autorización.

En Madrid a ____ de _____ de 20__

Fdo: