



**Deputación
DA CORUÑA**

Compromiso co Deporte

Eu, D/ Dªdon DNI.....en calidade
de representante legal da participante na Campaña de Neve Deputación de Coruña
2025 con nome

PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Expoño que a persoa participante anteriormente citada padece, según certificado médico

.....
.....
.....

Polo que AUTORIZO, seguindo prescripción médica, a suministrarlle a seguinte medicación e posoloxía

.....
.....
.....

Asumindo, con esta solicitude, toda a responsabilidade médica que puidera derivarse e eximindo de responsabilidade á entidade organizadora.

INFORMACIÓN DE ALERXIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

Expoño que a persoa participante anteriormente citada padece as seguinte alerxias:

.....
.....

Expoño que a persoa participante anteriormente citada padece as seguintes intolerancias alimentarias:

.....
.....

OUTRA INFORMACIÓN QUE CONSIDERE RELEVANTE

.....
.....
.....

En.....,ade.....de 202...

Sinatura de Representante legal

A administración de medicamentos realizarase por persoal sanitario.

A administración de medicación, unicamente se realizará previa presentación dunha prescripción médica e de esta autorización escrita pola persoa representante legal, onde se especificarán os datos da participante, a medicación, e a posoloxía.

No caso de que exista algunha dúbida, non se administrará o medicamento sen a comunicación directa coa persoa que asina esta autorización.

A medicación deberá entregarse DIRECTAMENTE á persoa responsable da empresa adxudicataria no autobús na parada de recollida antes do inicio da viaxe. As persoas participantes non poderán transportar a medicación polo risco que iso implica.

De presentárense casos como febre, dor de cabeza, golpes, caídas... que requiran algunha pomada ou medicamento para esta situación concreta, informarase á representante legal para a súa autorización.