



## SAÚDE DA PERSOA PARTICIPANTE

Nome do/a participante: \_\_\_\_\_

**a) ALERXIAS, INTOLERANCIAS A MATERIAIS, ALIMENTOS, MEDICAMENTOS...** (en caso positivo necesítase informe médico actualizado)

- Non ten
- Si, ten a:

**b) ENFERMIDADES FRECUENTES**

- Non ten
- Si, ten as seguintes:

**c) MEDICAMENTOS HABITUAIS** (especialmente os utilizados en caso de febre)

- Non toma
- Si, toma os seguintes:

**d) NECESITA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL**

- Non
- Si, necesita:

### AUTORIZACIÓN:

Nome: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Nai/pai/titor/titora do/a menor solicitante

Con esta sinatura **autorizo** ó equipo de monitores/as da actividade **a administrar**, en caso necesario, os **medicamentos indicados no punto b)**, que son os que habitualmente utilizamos na casa.

Sinatura: