



D/Dña.....
como padre, madre, tutor legal del niño y con D.N.I. letra
.....autorizo a los monitores del Grupo Scout Besana a suministrar a mi hijo/a, pupilo/a
.....la medicación que éste sigue,
constando ésta de las siguientes dosis:

Valladolid a..... de..... de.....

SELLO DEL GRUPO SCOUT BESANA

Firma del padre/madre o tutor