

**AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**  
**Expedición África Verano 2021**

Yo, \_\_\_\_\_  
con D.N.I / pasaporte / N.I.E \_\_\_\_\_, autorizo la administración del  
medicamento \_\_\_\_\_  
a mi hijo/a \_\_\_\_\_ por parte del  
personal del Departamento de Educación de BIOPARC Valencia.

**INDICACIONES:**

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| <b>Posología:</b>               | _____ |
| <b>Fecha de administración:</b> | _____ |
| <b>Hora de administración:</b>  | _____ |
| <b>¿Conservar en frío?</b>      | _____ |

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal:

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| <b>Nombre:</b>            | _____ |
| <b>DNI/pasaporte/NIE:</b> | _____ |