

Anexo 2

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN

Nombre y apellidos del participante:

Fecha de participación en la actividad:

Autorización para suministrar medicación

El Sr./Sra.

con DNI

en calidad de

de (nombre del participante)

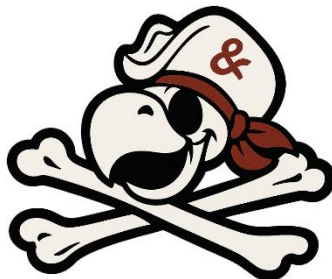
autoriza a Capitán FLYP (organizador de la actividad) a que le suministremos la medicación indicada en este documento según los protocolos descritos en este documento o receta médica anexa.

Nombre del medicamento (indicar nombre):

Protocolo de utilización:

Firma

Fecha:



CAPITÁN FLYP 2025