



AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO DEL SUMMER CAMP:

- Nombre y apellidos padre/madre/tutor legal:

- Nombre y apellidos alumno/a:

- Curso:

- Medicamento:

- Vía de administración:

- Dosis:

- Hora/s:

- Fecha inicio tratamiento:

- Fecha fin tratamiento:

✓ Es obligatorio aportar junto con esta autorización una copia de la receta médica.

Yo, _____

Como padre/madre/tutor legal, autorizo la administración de los medicamentos que constan en esta ficha al alumno/a _____.

Fecha y firma: