

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR

CURSO 20 - 20

Nombre y apellidos alumno/a:

Nombre y apellidos padre/madre/tutor legal:

Curso:

Medicamento para administrar:.....

- 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, Con DNI:

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

.....

Firma

 de de