

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

D /D^a.....con DNI.....
padre/madre o tutor/a legal del alumno/a..... del
curso.....AUTORIZO A QUE EL PERSONAL DEL CENTRO ADMINISTRE LA
SIGUIENTE MEDICACIÓN:

Medicación.....

Dosis.....

Horario.....

En.....a.....de.....de 20.....

Fdo.: