



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,

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

.....

Firma

de de