



Don/Dona _____

con DNI _____ pai/nai/titor legal,

do alumno/a _____

autorizo a persoal do CEIP de Arzúa a administrar a medicación que precisa durante os días _____ do mes de _____ tal como aparece na receita médica.

Arzúa, a _____ de _____ de 20__

Asdo:

Don/a _____ pai/nai/titor legal do alumno.