

SOLICITUDE ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS

Don/Dona _____ maior de idade e con DNI nº _____ en calidade de pai/nai/titor legal do/da neno/a con nome _____ escolarizado no ____ curso de educación infantil, pola presente,

SOLICITO:

Ao persoal docente e/ou non docente do CEIP Emilia Pardo Bazán a administración do seguinte medicamento _____ coas seguintes especificacións:

Datas (duración do tratamento): _____

Horario de administración: _____

Doses ou posoloxía: _____

- Deberase acompañar certificado médico no caso que corresponda.

E fago constar que o citado persoal do CEIP Emilia Pardo Bazán quedará eximido de toda responsabilidade derivada da administración do medicamento.

A Coruña, ____ de _____ de 20__

O/A pai/nai/titor legal,

Asinado,