

AUTORIZACIÓN MEDICACIÓN CRISE/ ALERXIA

Don/dona.....pai/nai/titor/a legal
DNI..... do alumno/a.....curso.....

EXPOÑO:

(Xúntase informa médico) de que o meu fillo/a sofre crise/alerxia a:...

.....

Necesitando, con carácter urxente, administrarlle os seguintes medicamentos:

N^o 1.....

N^o 2.....

	Medicamento 1.	Medicamento2
Casos no que se suministra		
Dose administrada		
Forma de administración		

AUTORIZANDO, ao profesor//a ou cuidadores, baixo cuxo coidado se otope, a administrarlle a medicación descrita.

En Monforte de Lemos, a ____ de _____ de _____

Asdo. _____