

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Nome e apelidos do pai/nai.....DNI

Nome e apelidos do alumno/a..... Curso:.....

AUTORIZO: ao persoal do CEIP DE MONFORTE (Colexio Novo)

A administrar o medicamento.....

A dose indicada de.....

Ás..... horas de

Dende o día..... ata o día.....

Tal e como se indica na receita médica que se xunta.

En Monforte de Lemos, ade.....de 201..

O pai/nai/ titor/a legal

Asdo.:

Esta autorización non ten validez se non vai acompañada da receita médica actualizada.