

D/DONA \_\_\_\_\_ pai/nai do alumno/a  
\_\_\_\_\_ do curso \_\_\_\_\_ de  
Educación Infantil/Primaria/ESO autorizo ao titor/a ou mestre/a especialista a subministrar (dose e  
nome do medicamento) \_\_\_\_\_ durante os días de  
\_\_\_\_\_ ata \_\_\_\_\_, ámbolos dous inclusive, segundo consta  
na prescrición médica (adxuntar fotocopia da receita médica)

E para que así conste, firmo a presente autorización.

Asdo:

En, \_\_\_\_\_ de 20

SR/SRA DIRECTOR/A DO CPI DOCTOR LÓPEZ SUÁREZ. ESCAIRÓN. O SAVIÑO.