



AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR

Don, con
DNI, pai/nai/titor/titora legal do alumno
....., da a súa
autorización para que se lle administre, no
caso de ser necesario, dentro do recinto escolar.

Previamente á administración de
informarase á familia para que dé o consentimento telefónico.

Sinatura: