



AUTORIZACIÓN ESCRITA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D. /D^a _____ como padre / madre del alumno/a

_____ de la clase de EDUCACIÓN _____

autorizo hoy, día _____ a que se le administre a mi hijo/a:

el medicamento _____

durante _____

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO

En Madrid, a _____ de _____ de 202__

Firma padre /madre/tutor legal