

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINAS EN
EL CENTRO ESCOLAR

Nombre del alumno/a _____

Curso: _____

Nombre del/a tutor/a de su curso: _____

Nombre de la medicina que debe ser administrada:

Dosis: _____

Hora: _____

Fecha de inicio de tratamiento: _____

Fecha de finalización de tratamiento: _____

Observaciones: _____

Nombre del padre / madre que autoriza: _____

Teléfono de contacto para cualquier incidencia: _____

Madrid a _____ de _____ de _____

Fdo: _____