



COLEGIO
Nuevo Equipo
INFANTIL/PRIMARIA/ESO/BACHILLER

López Aranda, 5
Tels. 742 16 11/99 - Fax 742 20 16
28027 Madrid

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 del tratamiento

Fecha de finalización del tratamiento _____

Observaciones _____

Nombre del padre / madre que autoriza _____

Teléfono de contacto para cualquier incidencia _____

Madrid a _____ de _____ de 201__

Fdo: _____



COLEGIO
Nuevo Equipo
INFANTIL/PRIMARIA/ESO/BACHILLER

López Aranda, 5
Tels. 742 16 11/99 - Fax 742 20 16
28027 Madrid

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR
ANTIPIRÉTICOS EN CASO DE FIEBRE 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:

- APIRETAL
- DALSY

Siempre se pedirá autorización telefónica previa a la administración

Dosis _____

Nombre del padre / madre que autoriza _____

Teléfono de contacto para cualquier incidencia _____

Madrid a _____ de _____ de 201__

Fdo: _____