



C.E.I. "Niño Jesús"

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE **MEDICAMENTOS**

ALUMNO/A: _____

GRUPO: _____

MEDICAMENTO: _____

DOSIS: _____

HORA: _____

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:

DNI: _____

FECHA: _____

FIRMA:



C.E.I. "Niño Jesús"

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE **MEDICAMENTOS**

ALUMNO/A: _____

GRUPO: _____

MEDICAMENTO: _____

DOSIS: _____

HORA: _____

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:

DNI: _____

FECHA: _____

FIRMA: