SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Don/Doña…… con DNI ……

como padre/madre/tutor/a del niño/a ……

PIDO Y AUTORIZO al Colegio María Inmaculada de Pola de Laviana a que colabore en la atención médica de mi hijo/a por ser necesaria para su salud según los siguientes términos: (Descripción exacta de lo que debe realizar el personal del centro: hora, fecha y duración de la administración, dosis, efectos secundarios…)

……

……

……

Y para que conste, firmo la presente autorización

Pola de Laviana a ….. de …….…… de 20……

FIRMADO

Padre/Madre/Tutor

*Se ruega adjuntar copia de receta médica