



**AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTO PARA EL SERVICIO DE
ENFERMERÍA DEL COLEGIO**

D./D^a....., padre, madre del
alumno/a..... del curso.....
solicito administren a mi hijo/a el medicamento.....
con la siguiente dosis.....
horario..... y días.....

☐ Presento la prescripción médica con todos los datos

Villanueva del Pardillo, de de 20

Fdo.: