

Suministro de medicina



D/D^a _____ madre/padre, con D.N.I. _____ del alumno/a _____, autorizo al personal del Centro a suministrar la siguiente medicación:

Medicación:	Hora:	Dosis:
Fecha: desde _____ hasta _____		
Medicación:	Hora:	Dosis:
Fecha: desde _____ hasta _____		
Medicación:	Hora:	Dosis:
Fecha: desde _____ hasta _____		

Tacoronte, a ____ de ____ de ____

Firma:

Observaciones:

* Al rellenar esta autorización, usted exime al Centro de toda responsabilidad que pueda derivar del suministro de esta medicación.

Suministro de medicina



D/D^a _____ madre/padre, con D.N.I. _____ del alumno/a _____, autorizo al personal del Centro a suministrar la siguiente medicación:

Medicación:	Hora:	Dosis:
Fecha: desde _____ hasta _____		
Medicación:	Hora:	Dosis:
Fecha: desde _____ hasta _____		
Medicación:	Hora:	Dosis:
Fecha: desde _____ hasta _____		

Tacoronte, a ____ de ____ de ____

Firma:

Observaciones:

* Al rellenar esta autorización, usted exime al Centro de toda responsabilidad que pueda derivar del suministro de esta medicación.

