

AUTORIZACIÓN SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

D/D^a _____

Padre/madre/tutor/a del alumno/a _____,
matriculado/a en el Centro en el nivel de _____ de Educación
Infantil/Primaria

AUTORIZO A:

Le sea suministrado el medicamento y dosis indicadas durante el horario lectivo
y/o de permanencia en el Centro.

MEDICAMENTO: _____

DOSIS: _____

Sevilla, ____ de _____ de 202__

Padre / Madre o Tutor /a

Fdo: _____

DNI: _____

