



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR
MEDICAMENTOS

Nombre del alumno/a _____

Curso _____

Nombre del/a tutor/a de su curso _____

Nombre de la medicina que debe ser administrada _____

Dosis _____

Hora _____

Fecha de inicio del tratamiento _____

Fecha de finalización del tratamiento _____

Observaciones _____

Nombre del padre / madre que autoriza _____

Teléfono de contacto para cualquier incidencia _____

Madrid a _____ de _____ de 20____

Fdo: _____