



Autorización para administrar medicación al alumno/a

Yo padre/madre/tutor del alumno/a del curso....., autorizo al C.D. GUIA a administrar el siguiente medicamento:

.....

Siguiendo las siguientes instrucciones:

Día

Hora:.....Dosis:.....

En caso de que el tratamiento tenga una duración de varios días se ha de hacer constar en esta autorización.

Del díaal día.....

Firma padre/madre/tutor

DNI