

9) AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE MEDICINAS EN EL COLEGIO EN CONDICIONES ESPECIALES

ALUMNO/A	
FECHA	

PADRE / MADRE TUTOR/A LEGAL		DNI	
PADRE / MADRE TUTOR/A LEGAL		DNI	

AUTORIZAMOS A QUE SE ADMINISTRE EN EL COLEGIO LA SIGUIENTE MEDICACIÓN (SI o NO)

SI / NO	Motivo
	En caso de malestar o fiebre: Medicación: _____ Dosis _____
	En caso de crisis epiléptica: Medicación: _____ Dosis _____
	En el caso que haya que tomar medicación (pautada por el médico) en horario escolar

FIRMA:(padre, madre, tutor legal)

FIRMA:(padre, madre, tutor legal)

.....
 (Nombre y apellidos del padre, madre o tutor/a)

.....
 (Nombre y apellidos del padre, madre o tutor/a)