

D. /Dña. \_\_\_\_\_

Padre/madre del alumno/a \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Autoriza a que se le administre a mi hijo/a la siguiente medicación según la prescripción médica:

NOMBRE MEDICACIÓN	DOSIS	VIA(oral, inhalada, tópica)	HORA

#### DURACION DEL TRATAMIENTO

Desde el día \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_ inclusive.

Adjunto:

- Informe médico o copia de la receta.
- Medicación en su envase original para que se quede en el colegio durante el tratamiento.
- Medicación en su envase original que cada día irá al colegio y volverá a casa.

Firma del padre/madre