

SOLICITUD PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Datos del padre/madre que solicita, declara y autoriza

Madre/Tutora/Dña. o Padre/Tutor/ D. _____

Tipo de documento _____ N° de Documento de Identidad _____

Teléfono _____

Datos del alumno

Apellidos y nombre del/ de la alumno/a _____

AUTORIZACIÓN

Rogamos que con esta circular acudan a su médico correspondiente para que facilite la prescripción de la medicación.

MEDICACIÓN A PRESCRIBIR:

Analgésico/antitérmico:

Firma facultativo: D./Dña. _____ N° _____