

AUTORIZACIÓN ESCRITA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D./D^a como padre / madre del alumno/a

..... de la clase

autorizo hoy día a que se le administre a mi hijo/a:

el medicamento

dosis

en el horario de comida, durante días, exonerando de toda

responsabilidad al Colegio San Pedro Apóstol.

La Fecha de Caducidad del medicamento es y por tanto es apto para administrarse en el tiempo indicado.

Firma padre / madre