

D/ Dña.:.....

AUTORIZO al tutor/a o personal de comedor del Colegio a administrar la medicación que le envío con mi hijo.....

Día:.....

Hora:.....

Dosis:.....

D/Dña.....

D.N.I:.....

D/ Dña.:.....

AUTORIZO al tutor/a o personal de comedor del Colegio a administrar la medicación que le envío con mi hijo.....

Día:.....

Hora:.....

Dosis:.....

D/Dña.....

D.N.I:.....