



MEDICACIÓN CONTINUADA

ALUMNO/A: _____ NIVEL _____

D./Dna. _____ con
N.I.F. número _____ como pai/nai/titor/a do alumno/a indicado

COMUNICA:

Que o seu/súa fillo/a deberá tomar a medicación prescrita facultativamente que se indica a continuación e **AUTORIZA** á auxiliar educativa (e na súa ausencia ao profesorado do Centro) a administrarlla, **responsabilizándose** dos posibles riscos que isto conleve.

MENCIÑA	HORA / MOMENTO	CANTIDADE

E para que así conste asina esta autorización.

Nois, _____ de _____ de _____

O pai/nai ou titor/a

Asdo.: _____