



## MEDICACIÓN TEMPORAL

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** ao profesorado a administrarlle, **responsabilizándose** dos posibles riscos que isto conleve.

DATA	HORA / MOMENTO	MENCIÑA	CANTIDADE

E para que así conste asina esta autorización.

Nois, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O pai/nai ou titor/a

Asdo.: \_\_\_\_\_