



D/D^a _____ con DNI nº _____

como pai/nai/tutor legal do alumno _____,

autorizo ós profesores a que lle administren , durante os días que se detallan, a seguinte medicación que toma habitualmente o meu fillo/a.

Medicamento	Dose	Frecuencia	Observacións

Aclaracións ou observacións que consideramos necesarias (conservación do medicamento, precaucións...).

ALERXIAS OU INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS:

Noia, a _____ de _____ de 20__

Firmado:
Pai/nai/tutor legal