

# Autorización para la administración puntual de Medicamentos

*Les recordamos que deben aportar la prescripción médica correspondiente, así como entregar los medicamentos en su embalaje original y sin caducar.*

Alumno	Fecha
Nombre del Padre / Madre /Tutor	Teléfono de contacto
Tutor/a curso	Curso

Nombre del medicamento	Hora de la toma	
Dosis	Duración del tratamiento	Devolver envase a casa: Si No

Firma:  
(Madre, o Tutor)