

AUTORIZACIÓN DE MEDICINA

Datos del alumno

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

NIVEL: _____

Datos de la medicina a administrar

NOMBRE: _____

DOSIFICACIÓN / HORARIO: _____

Yo, _____ en calidad de
_____ autorizo a la Escuela Infantil
OLIVER a administrar a mi hijo/a la medicina
arriba indicada.

Fecha: ____ de _____ de 20__.

Firma.