



ATENCIÓN MÉDICA

D. / Dña.: _____ padre/ madre del

Alumno: _____ de _____ .

Solicito del Centro, bajo mi responsabilidad, que se administre a mi hijo/a, por prescripción médica, el siguiente medicamento:

_____ .

Duración del tratamiento _____ .

Dosis diaria _____ Hora _____ .

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:



ATENCIÓN MÉDICA

D. / Dña.: _____ padre/ madre del

Alumno: _____ de _____ .

Solicito del Centro, bajo mi responsabilidad, que se administre a mi hijo/a, por prescripción médica, el siguiente medicamento:

_____ .

Duración del tratamiento _____ .

Dosis diaria _____ Hora _____ .

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha: