

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

..... con DNI nº y como
padre/madre/tutor del niño/a SOLICITO Y AUTORIZO
al personal del Colegio Mayol, S. Coop. de CLM administre la
medicación..... los días
en la siguiente dosis y ME HAGO RESPONSABLE en el caso
de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.
Y para que conste, firmo la presente autorización
..... a de De 20...

FIRMADO

COLEGIO MAYOL C/ Airén, 7 Urb. San Bernardo, Toledo_45004 Tel: 925 220733 Fax: 925 222084 www.colegiomayol.es



AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

..... con DNI nº y como
padre/madre/tutor del niño/a SOLICITO Y AUTORIZO
al personal del Colegio Mayol, S. Coop. de CLM administre la
medicación..... los días
en la siguiente dosis y ME HAGO RESPONSABLE en el caso
de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.
Y para que conste, firmo la presente autorización
..... a de De 20...

FIRMADO

COLEGIO MAYOL C/ Airén, 7 Urb. San Bernardo, Toledo_45004 Tel: 925 220733 Fax: 925 222084 www.colegiomayol.es

