

 Colegio Sagrados Corazones (Torrelavega)	RPC03-1-19 AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS	PC03 SEG.
		CURSO
SEGUIMIENTO		

Por la presente yo,

con DNI padre/madre o tutor de

AUTORIZO a su profesor/educador de aula o cualquier otra persona del colegio, si fuese necesario, ***bajo mi única y total responsabilidad*** a administrar el medicamento.....

La dosis indicada de.....

Las horas de

desde el día..... hasta el día y para que así conste lo firmo y le adjunto la receta médica.

Torrelavega, ade.....de

Fdo.

Esta autorización no tiene validez si no se acompaña del informe médico y/o la receta médica actualizada.