

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Don/Doña con DNI.....
padre/madre de autorizo al personal
del colegio San Vicente de Paúl de Barbastro a administrar la siguiente
medicación a mi hijo/a en las fechas indicadas.

MEDICACION	DOSIS	FECHA	TOMA

Barbastro, a de de 202

Fdo.:

*Es obligatorio adjuntar la receta.