



**Autorización
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
EN EL COLEGIO**

D. / Dña. : _____

con DNI nº _____ Teléfono de contacto nº.: _____

AUTORIZO al personal del Colegio Compañía de María de Vigo para administrar a mi hijo/a del curso _____
el siguiente medicamento:

Medicamento..... Hora:..... Dosis:
--

Observaciones:

• Eximiendo de toda responsabilidad a la persona encargada de la administración del medicamento.

En Vigo, a de de 20.....

Firmado:.....

