



Nombre del Alumn@:  
Síntomas que padece:

Fecha:

#1

#2

#3

Nombre del medicamento:			
Dosis:			
Horario:			
¿Necesita nevera?			

Nombre y firma del Padre, madre o responsable autorizando a la escuela a administrar el medicamento especificado en las horas y dosis indicadas:

Firma: \_\_\_\_\_



Nombre del Alumn@:  
Síntomas que padece:

Fecha:

#1

#2

#3

Nombre del medicamento:			
Dosis:			
Horario:			
¿Necesita nevera?			

Nombre y firma del Padre, madre o responsable autorizando a la escuela a administrar el medicamento especificado en las horas y dosis indicadas:

Firma: \_\_\_\_\_



Nombre del Alumn@:  
Síntomas que padece:

Fecha:

#1

#2

#3

Nombre del medicamento:			
Dosis:			
Horario:			
¿Necesita nevera?			

Nombre y firma del Padre, madre o responsable autorizando a la escuela a administrar el medicamento especificado en las horas y dosis indicadas:

Firma: \_\_\_\_\_