



FONDO SOCIAL EUROPEO



ESCUELA DE EDUCACIÓN INFANTIL 0-3 AÑOS DE CANGAS DE ONÍS

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Don/Doña.....con DNI.....y
como madre/padre/tutor del alumno o alumna.....

Autorizo a la educadora de mi hijo o hija a administrarle a siguiente
medicación.....tantas veces y días como sea necesario.

RECORDAMOS QUE LA MEDICACIÓN HA DE IR ACOMPAÑADA DE LA RECETA O INDICACIÓN
MÉDICA

En Cangas de Onís a.....

Firmado



FONDO SOCIAL EUROPEO



ESCUELA DE EDUCACIÓN INFANTIL 0-3 AÑOS DE CANGAS DE ONÍS

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Don/Doña.....con DNI.....y
como madre/padre/tutor del alumno o alumna.....

Autorizo a la educadora de mi hijo o hija a administrarle a siguiente
medicación.....tantas veces y días como sea necesario.

RECORDAMOS QUE LA MEDICACIÓN HA DE IR ACOMPAÑADA DE LA RECETA O INDICACIÓN
MÉDICA

En Cangas de Onís a.....

Firmado