



COLEGIO SAGRADO CORAZÓN
GODELLA - Valencia

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/Dña, _____ padre/madre del
alumno _____ autorizo al
profesor _____

Para administrar la medicación abajo detallada a mi hijo/a.

FECHA: _____

MEDICACIÓN:

Nombre:

Administración:

Firma del padre/madre: