

British School

Autorización de administración de medicamentos



* * * *

Yo _____ con DNI _____ padre/madre/tutor del alumno/a _____ del curso _____ AUTORIZO al colegio British School Xàtiva, mediante el presente escrito, a administrar al mencionado alumno/a, el/los siguientes medicamentos según las pautas posológicas que se detallan a continuación:

MEDICAMENTO (nombre comercial)	CANTIDAD (pastillas, ml, gotas...)	HORA (Hora de suministrar)	HASTA (Fin de tratamiento)

OBSERVACIONES: _____

Eximiendo al centro British School Xàtiva de toda responsabilidad por seguir el tratamiento antes de expuesto.

Fdo.:

(Padre/madre/tutor)

Dirección:

E mail:

Tfno / Fax:

NOTA: NO entreguen los medicamentos a los niños. Déjenlos en secretaria o entréguelos a la persona encargada del autobús junto con la presente autorización debidamente cumplimentada y firmada.