



CPR PLURILINGÜE
 ÁNGEL DE LA GUARDA
 AS MEDOÑAS – PRIEGUE
 36391 – NIGRÁN
 Tfno: 986368073 – Fax : 986367852
 E-mail: info@colegioaguarda.com
www.colegioaguarda.com

AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/dona.....DNI.....
 autorizo ó profesor/a do meu fillo/a.....
 do curso.....para que administre a medicación indicada a continuación.

NOME DO MEDICAMENTO..... CANTIDADE A ADMINISTRAR..... DÍA E HORA.....
--

E para que así conste asino esta autorización **que será entregada á profesora da clase que corresponda.**

Nigran, dede 20.....

Asinado:

En caso de que sexa alérxico/a a algo fágano constar a continuación:

.....
