

## AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR MEDICINAS

Torreveja, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 200\_\_

Yo D./Dña. \_\_\_\_\_ DNI:  
\_\_\_\_\_

Solicito que se le pueda administrar a mi hijo/a \_\_\_\_\_  
la medicación \_\_\_\_\_ con la dosis de  
\_\_\_\_\_ durante \_\_\_\_\_, en el periodo  
escolar. Así mismo, eximo al Centro de cualquier responsabilidad derivada de  
ello.

Firma del adulto