

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS EN EL C.E.I.P. MONTE OROEL DE JACA (HUESCA)

D./D^a _____ con núm. DNI _____

como _____ (cítese el parentesco o responsabilidad legal)
del alumno/a _____

SOLICITO Y AUTORIZO a los profesores del C.E.I.P. Monte Oroel para que le administren la medicación que figura en la fotocopia de la receta que se adjunta en horario escolar, eximiéndoles de cualquier responsabilidad.

Jaca, a ____ de _____ de 2014

CONFORMIDAD DE LOS PROFESORES DEL C.E.I.P. MONTE OROEL
PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO ARRIBA
SOLICITADA:

Los abajo firmantes, dan su conformidad a la administración del medicamento que se indica en la fotocopia adjuntada.

Jaca, a ____ de _____ de 2014

Indíquese núm. DNI bajo la firma.