

SOLICITUD ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Siendo conscientes que los medicamentos han de ser recetados por los profesionales de la medicina y que su consumo puede ser perjudicial para la salud del sujeto,

Yo madre/padre/ tutor del alumno/a _____

SOLICITO al Director/a del Centro de Educación Infantil DU DU A que se le suministre la siguiente medicación:

Recetado por el Dr. /Dra.

NO recetado por Dr. /Dra.

DOSIS: _____

HORARIO _____

DURANTE: _____ DIAS

VALENDIA, _____ DE _____ DE 20____

FIRMA:

DNI: _____