



Colegio Nuestra Señora de la Merced

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO *

Si en alguna ocasión el alumno necesitara tomar un medicamento, deberá traerse etiquetado con el nombre del niño, dosis y hora de administración y adjuntar la autorización.

Nombre del niño/a:

.....

Nombre del medicamento	
Hora de administración	
Dosis	
Periodo de tiempo de administración	Desde el día..... hasta el día.....

POR ESTE DOCUMENTO AUTORIZO AL PERSONAL DEL COLEGIO NTRA SRA DE LA MERCED A ADMINISTRAR A MI HIJO/A EL MEDICAMENTO ANTERIORMENTE INDICADO.

Nombre del padre/madre/tutor

D.N.I:

FIRMA:

Fecha:

**Archivar este documento por si fuera necesario en algún momento*