



Jarrio s/n 33719 Coaña - Asturias  
 Telf: 985630228 e-mail: eeilaestela@educastur.princast.es

## AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/Dña. \_\_\_\_\_  
 Con DNI. \_\_\_\_\_  
 Padre/madre/ tutor de \_\_\_\_\_  
 Y Domicilio en: Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Piso \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Teléfonos \_\_\_\_\_

Solicita, autoriza y asume la responsabilidad sobre el suministro de la medicación del niño/a, conforme a las circunstancias que se indican:

- MEDICAMENTO: -----
- DOSIS-----
- PAUTA-----
- DURACIÓN-----
- CONSERVACIÓN-----NEVERA  
 -----TEMPERATURA AMBIENTE

Para lo cual hace entrega de:

- RECETA MÉDICA

Coaña, a..... de..... de 20...

Firma del padre / madre / tutor