

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR

D./Dña. con D.N.I.

Padre/madre o Tutor/a del /a alumno/a

del curso

solicito a la D.U.E. del Centro a administrar medicación durante los días y a la hora

Guadarrama, a de de 201

(FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A)