

MEDICACIÓN A ADMINISTRAR DURANTE LA JORNADA ESCOLAR

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO

CURSO/LETRA. _____

MEDICAMENTO: _____

DOSIS: _____

HORA ADMINISTRACIÓN: _____

FECHA DE INICIO: _____

FECHA DE FINALIZACIÓN: _____

FIRMA MADRE/PADRE:

DNI: _____



INFORMACIÓN PARA TUTOR/TUTORA

MEDICACIÓN A ADMINISTRAR DURANTE LA JORNADA ESCOLAR

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO

CURSO/LETRA _____

HORA ADMINISTRACIÓN: _____

FECHA DE INICIO: _____

FECHA DE FINALIZACIÓN: _____