



MEDICACIÓN A ADMINISTRAR DURANTE LA JORNADA ESCOLAR

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO

CURSO/LETRA: _____

MEDICAMENTO: _____

DOSIS: _____

HORA ADMINISTRACIÓN: _____

FECHA DE INICIO: _____

FECHA DE FINALIZACIÓN: _____

LA MEDICACION SE QUEDA EN EL COLEGIO DURANTE EL TRATAMIENTO: SI NO

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: _____