



**Autorización para administración de medicación NO
sujeta a prescripción médica.**

| | |
|--|--|
| Nombre del alumno/a | |
| Nombre padre/madre/tutor/a legal | |
| DNI | |
| Medicación a administrar | |
| Dosis | |
| Vía de administración (Oral, tópica...) | |
| Fecha de autorización | |
| Firma | |