

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/D^a.....pai/nai/titor legal
do alumno.....Curso.....

Autorizo ao profesor ou coidador, baixo a miña
responsabilidade, a administrar o tratamento
prescrito pólo seu médico.

NOME MEDICAMENTO.....

DOSE.....

HORARIO.....

PERIODO.....

Data e sinatura

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/D^a.....pai/nai/titor legal
do alumno.....Curso.....

Autorizo ao profesor ou coidador, baixo a miña
responsabilidade, a administrar o tratamento
prescrito pólo seu médico.

NOME MEDICAMENTO.....

DOSE.....

HORARIO.....

PERIODO.....

Data e sinatura

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/D^a.....pai/nai/titor legal
do alumno.....Curso.....

Autorizo ao profesor ou coidador, baixo a miña
responsabilidade, a administrar o tratamento
prescrito pólo seu médico.

NOME MEDICAMENTO.....

DOSE.....

HORARIO.....

PERIODO.....

Data e sinatura

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/D^a.....pai/nai/titor legal
do alumno.....Curso.....

Autorizo ao profesor ou coidador, baixo a miña
responsabilidade, a administrar o tratamento
prescrito pólo seu médico.

NOME MEDICAMENTO.....

DOSE.....

HORARIO.....

PERIODO.....

Data e sinatura