



D/DÑA.....

CON DNI..... COMO MADRE/PADRE/TUTOR

DEL ALUMNO:

AUTORIZO A QUE EL PERSONAL DEL CENTRO DE ADMINISTRE

LA MEDICACIÓN: ;.....

LA DOSIS..... **HORARIO**.....

En Cubillos de Sil a de del 2014

Firma del padre/madre/tutor