



MEDICAMENTOS

Padre/madre/tutor/a legal del niño/a _____

_____ del curso _____

SOLICITA que de forma excepcional se le suministre _____

durante los días _____ del mes de _____

en las siguientes dosis _____.

En Leganés a _____ de _____ del 20____ .

Fdo: _____

DNI: _____

ESTA AUTORIZACIÓN DEBERÁ IR ACOMPAÑADA DE UN VOLANTE MÉDICO QUE INDIQUE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y LA DOSIS DEL MISMO.