

	<p>COLEGIO CONCERTADO LA VISITACIÓN DE NUESTRA SEÑORA "SALDAÑA" C/ Hospital de los Ciegos, 26 Burgos 09003; Tf: 947 206630 Fax: 947 263185; E-mail: info@saldanet.com www.saldanet.com</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS

D/ D^a _____ CON DNI: _____

AUTORIZO:

**AL TUTOR/A -CUIDADORA DE COMEDOR, PARA QUE ENTREGUE A MI HIJO/A :
_____ EL MEDICAMENTO QUE A CONTINUACIÓN SE INDICA,
PARA QUE LO TOME EN EL MOMENTO SEÑALADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:**

MEDICAMENTO: _____ **DOSIFICACIÓN:** _____

MOMENTO EN QUE DEBE TOMARLO: _____

Y para que así conste, bajo mi responsabilidad, firmo la presente AUTORIZACIÓN.

En Burgos a _____ **de** _____ **de 20** _____

Fdo.-

	<p>COLEGIO CONCERTADO LA VISITACIÓN DE NUESTRA SEÑORA "SALDAÑA" C/ Hospital de los Ciegos, 26 Burgos 09003; Tf: 947 206630 Fax: 947 263185; E-mail: info@saldanet.com www.saldanet.com</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS

D/ D^a _____ CON DNI: _____

AUTORIZO:

**AL TUTOR/A -CUIDADORA DE COMEDOR, PARA QUE ENTREGUE A MI HIJO/A :
_____ EL MEDICAMENTO QUE A CONTINUACIÓN SE INDICA,
PARA QUE LO TOME EN EL MOMENTO SEÑALADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:**

MEDICAMENTO: _____ **DOSIFICACIÓN:** _____

MOMENTO EN QUE DEBE TOMARLO: _____

Y para que así conste, bajo mi responsabilidad, firmo la presente AUTORIZACIÓN.

En Burgos a _____ **de** _____ **de 20** _____

Fdo.-