



Jarrio s/n 33719 Coaña – Asturias
 Telf: 985 630 228 e-mail: eeilaestela@educastur.org

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIPIRÉTICOS

D/Dña. _____

Con DNI. _____

Padre/madre/ tutor de _____

Solicita, autoriza y asume la responsabilidad sobre el suministro de

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS

*Únicamente se suministrara en casos muy puntuales por la indicación de un medico

Coaña, a..... de..... de 20...

Firma de la madre o tutora

Firma del padre o tutor