



**SANTA MARÍA
MARIANISTAS**
Vitoria-Gasteiz

C/ Luis Heintz, 5
01008 Vitoria-Gasteiz (Álava)
Tel. 945 134 107
Fax. 945 146 780

info@marias-gasteiz.org
www.marias-gasteiz.org

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

D/Dña. _____

Padre/madre de _____ que cursa _____

AUTORIZO AL PERSONAL DEL COLEGIO

Para que administre a mi hijo/a el siguiente medicamento:

Que deberá tomar:

◊ Todos los días a las _____

◊ Durante esta semana a las _____

◊ Hoy a las _____

En Vitoria-Gasteiz, a _____ de _____ de 20 _____

FIRMADO



**SANTA MARÍA
MARIANISTAS**
Vitoria-Gasteiz

C/ Luis Heintz, 5
01008 Vitoria-Gasteiz (Álava)
Tel. 945 134 107
Fax. 945 146 780

info@marias-gasteiz.org
www.marias-gasteiz.org

MEDIKAMENTUAK BANATZEKO BAIMENA

_____ jaun/andreak
_____ mailan matrikulatuta dagoen _____ ren aita/ama

BAIMENA EMATEN DIET IKASTETXEKO LANGILEEI

Nire seme/alabari honako sendagai hau emateko:

Ondoren zehazten dudan moduan eman diezaion:

- ◇ Egunero _____ -etan (ordua zehaztu)
- ◇ Aste honetan zehar _____ - etan (ordua zehaztu)
- ◇ Gaur _____ -etan (Ordua zehaztu)

Vitoria-Gasteizen, 20__ ko _____ ren _____ an

SINADURA