



## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Valencia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Por la presente yo, \_\_\_\_\_ padre/madre

o tutor de \_\_\_\_\_, autorizo al

educador/a de mi hijo/a, a administrar el medicamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con la dosis de

\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ h. y para que así conste lo firmo y le adjunto

la receta médica firmada por el médico.

Firmado:

Nombre, apellidos y NIF

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_