



Anexo B.- Autorización suministro de medicación

Solicitante :D./ña. _____

vecino de _____ C.P. _____ con

domicilio en la C/ _____ nº _____

Teléfonos de contacto _____ y N.I.F. nº _____

e-mail de contacto _____ en calidad de PADRE / MADRE /

TUTOR /REPRESENTANTE LEGAL (tachar lo que no proceda) del niñ@

<i>Primer apellido</i>	<i>Segundo Apellido</i>	<i>Nombre</i>
<i>Lugar de nacimiento</i>	<i>Provincia</i>	<i>Fecha nacimiento</i>

Autoriza

Al personal docente de la Escuela Infantil de Primer Ciclo San Pelayo, para que suministren a mi hij@ la siguiente medicación (se adjunta receta o prescripción facultativa)

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____

Horario: _____

Y para que conste a los efectos oportunos firma la presente en San Vicente de la Sonsierra a