



Curso: _____

Alumno/a.....

Padre/madre/tutor legal.....

Las necesidades de mi hijo/a con respecto a la alimentación y administración de medicamentos son las siguientes:

Medicación diaria:

Nombre del Medicamento	Dosis en Desayuno	Dosis en Comida	Dosis en Merienda	Dosis en Cena	Dosis al Acostarse

Medicación de emergencia (Stesolid, Buccolam, Glucagon, Diazepan, Paracetamol...):

Dieta especial:

Intolerancias:

Alergias:

Fecha:

Firma: