

SOL.LICITUD PUNTUAL D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____
amb DNI _____, com a pare/mare/tutor/a de l'alumne/a
_____ de la classe _____
sol.licite baix la meua responsabilitat l'administració puntual del medicament (nom i
dosificació) _____ aportant justificant del metge
(ADJUNTAR) els dies _____ a les _____ hores.

Rafelbunyol a, _____ de _____ de 20_____

Signatura pare/mare/tutor/a

SOL.LICITUD PUNTUAL D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____
amb DNI _____, com a pare/mare/tutor/a de l'alumne/a
_____ de la classe _____
sol.licite baix la meua responsabilitat l'administració puntual del medicament (nom i
dosificació) _____ aportant justificant del metge
(ADJUNTAR) els dies _____ a les _____ hores.

Rafelbunyol a, _____ de _____ de 20_____

Signatura pare/mare/tutor/a

SOLICITUD PUNTUAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Don/Doña _____
con DNI _____, como padre/madre/tutor/a del alumno/a _____
de la clase _____
solicito bajo mi responsabilidad la administración puntual del medicamento (nombre y
dosificación) _____ aportando justificante del médico
(ADJUNTAR) los días _____ a las _____ horas.

Rafelbunyol a, _____ de _____ de 20_____

Firma padre/madre/tutor/a

SOLICITUD PUNTUAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Don/Doña _____
con DNI _____, como padre/madre/tutor/a del alumno/a _____
de la clase _____
solicito bajo mi responsabilidad la administración puntual del medicamento (nombre y
dosificación) _____ aportando justificante del médico
(ADJUNTAR) los días _____ a las _____ horas.

Rafelbunyol a, _____ de _____ de 20_____

Firma padre/madre/tutor/a