



Autorización medicamentos

D/D^a: _____

DNI: _____ (madre/padre/tutor-a) del

Niño/a: _____

AUTORIZO AL PERSONAL de la Escuela Infantil de San Ignacio de Loyola:

Administrar a mi hijo/a el siguiente medicamento.

En la dosis _____ a las _____ horas, según se indica en la receta adjunta.

.....

En el caso de **antipiréticos** autorizo a la enfermera o en su defecto a las educadoras del 1er Ciclo de Educación Infantil del Colegio San Ignacio de Loyola a administrar _____ en la dosis según prospecto solo en caso de más de 38° de temperatura y en mi ausencia.

No se administrará en ningún caso si el niño no lo ha tomado previamente en casa.

Torrelodones, ____ de _____ de 202_

Firma padre:

Firma madre: