



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha

FORMULARIO PARA AUTORIZAR LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS (ANEXO 8)

Don/Doña: _____, con D.N.I nº:
_____ como madre/padre/tutor del alumno/a _____
del CRA "Jorge Manrique" de La Alberca de Záncara, autorizo a
D. _____, a administrar los medicamentos por vía oral
que a continuación se detallan y en las condiciones que se a continuación se indican,
responsabilizándome de ello:

Nombre de los medicamentos: _____

Dosis: _____

Propósito del medicamento: _____

Hora del día en la que debe ser administrado: _____

Nº de días que se dará en la escuela: _____

Posibles alergias y efectos secundarios: _____

En _____, a ____ de _____ de 2.0__.