

## 5.- Autorización para la administración de medicación

Don ..... y Doña .....  
padres del/a niño/a ..... matriculado/a en el colegio  
Andrés de Urdaneta en el curso ..... sección .....  
Manifiestan:

Que en base al informe y/o receta emitida por el Dr./Dra .....  
el/la cual se adjunta, autorizan a dicho centro escolar a que se administre a su hijo/a la  
medicina abajo mencionada, en las dosis que asimismo se hacen figurar en el presente  
escrito.

Nombre de la medicación: .....

Dosis que se debe administrar: .....

Hora a la que se debe administrar: .....

En caso de tratamiento continuado indicar el número de días que debe tomarlo:

Desde ..... de ..... de 200... hasta ..... de ..... de 200 .....

En ..... a ..... de ..... de 200 .....

.....  
Firma

**\*En caso de que la presente documentación no esté debidamente cumplimentada, no se  
administrará medicación alguna al alumno/a.**

**\*Página fotocopiable.**

## 5.- Medikazioa emateko baimena

..... Jaunak eta .....

Andreak Andres de Urdaneta ikastetxean ..... kurtsoan ..... sailean  
matrikulatutako ..... haurraren gurasoek  
zera adierazten dute:

Itsatsita doan ..... Osagilearen  
errezeta / txostenaren arabera, baimena ematen diogu Ikastetxeari gure seme / alabari eman  
diezaion delako medikazioa idatzi honetan adierazitako dosietan.

Medikazioaren izena: .....

Eman beharreko dosia: .....

Eman beharreko ordua: .....

Jarraiko Tratamendua izanez gero, zehaztu hartu beharreko egunak:

200 ..... ko ..... aren ..... tik 200 ..... ko ..... aren ..... ra.

....., 200 ..... ko

.....  
Sinadura

**\*Baldin eta dokumentazioa behar bezala beteta ez balego, ez litzaioke ikasleari inolako  
medikaziorik emango.**

**\*Orrialde fotokopiagarria.**