



**DEPARTAMENTO DE SANIDAD
OSASUN SAILA**

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
MEDIKAZIOA EMATEKO BAIMENA**

..... Jauna
eta Andreak,
Andrés de Urdaneta Ikastetxean
kurtsoan sailean matrikulatutako
.....
haurraren gurasoek zera adierazten dute:

Itsasita doan
Osagilearen erreza/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, zehatzu hartu
beharreko egunak.

201...koaren ... tik 201...ko
.....arenra.

.....(n), 201...ko,ak

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

Manifiestan:

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

Nombre de la medicación:
Dosis a administrar:
Hora de administración:

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

Desde el de de 201... hasta el
.... de de 201....

En, a de de 201....

Firma
Sinadura