

Don /Doña _____ con D.N.I. _____

Padre/Madre/ Tutor/a del alumn@ _____

AUTORIZO a la/s persona/s responsables de mi hij@ en la Residencia Escolar San Andrés para que le suministren aquellos medicamentos prescritos por el médico e indicados por éste en las dosis y frecuencia señaladas por el facultativo.

Los medicamentos vendrán acompañados de la correspondiente receta y P.10

Asimismo pongo en su conocimiento las siguientes circunstancias de interés con respecto a la salud de mi hij@.

Santa Cruz de Tenerife, a _____ de _____ de _____

Fdo.: