



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
PLD 03.04

Colegio EL PILAR  
r/ Venezuela, 20  
36203 – VIGO  
Tfno. 986 420 022  
[www.maristasvigo.es](http://www.maristasvigo.es)

D/D<sup>a</sup> ..... pai/ nai /titor legal  
do alumn@ .....Curso .....  
autorizo, baixo a miña responsabilidade a ..... para  
que lle administre o tratamento prescrito pólo seu médico.

NOME MEDICAMENTO .....  
DOSE .....HORARIO .....PERÍODO.....

Data e sinatura



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
PLD 03.04

Colegio EL PILAR  
r/ Venezuela, 20  
36203 – VIGO  
Tfno. 986 420 022  
[www.maristasvigo.es](http://www.maristasvigo.es)

D/D<sup>a</sup> ..... pai/ nai /titor legal  
do alumn@ .....Curso .....  
autorizo, baixo a miña responsabilidade a ..... para  
que lle administre o tratamento prescrito pólo seu médico.

NOME MEDICAMENTO .....  
DOSE .....HORARIO .....PERÍODO.....

Data e sinatura



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
PLD 03.04

Colegio EL PILAR  
r/ Venezuela, 20  
36203 – VIGO  
Tfno. 986 420 022  
[www.maristasvigo.es](http://www.maristasvigo.es)

D/D<sup>a</sup> ..... pai/ nai /titor legal  
do alumn@ .....Curso .....  
autorizo, baixo a miña responsabilidade a ..... para  
que lle administre o tratamento prescrito pólo seu médico.

NOME MEDICAMENTO .....  
DOSE .....HORARIO .....PERÍODO.....

Data e sinatura



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS  
PLD 03.04

Colegio EL PILAR  
r/ Venezuela, 20  
36203 – VIGO  
Tfno. 986 420 022  
[www.maristasvigo.es](http://www.maristasvigo.es)

D/D<sup>a</sup> ..... pai/ nai /titor legal  
do alumn@ .....Curso .....  
autorizo, baixo a miña responsabilidade a ..... para  
que lle administre o tratamento prescrito pólo seu médico.

NOME MEDICAMENTO .....  
DOSE .....HORARIO .....PERÍODO.....

Data e sinatura