



Colegio Gondomar  
 C/ Fuente de las Colmenas nº 12  
 28260 Galapagar

Don.....autorizo al Colegio  
 Gondomar de Galapagar a administrar a mi hijo/a.....  
 el medicamento siguiente:

Nombre.....

Dosis.....

Hora.....

Duración del tratamiento.....

Fecha:

Firma:



Colegio Gondomar  
 C/ Fuente de las Colmenas nº 12  
 28260 Galapagar

Don.....autorizo al Colegio  
 Gondomar de Galapagar a administrar a mi hijo/a.....  
 el medicamento siguiente:

Nombre.....

Dosis.....

Hora.....

Duración del tratamiento.....

Fecha:

Firma:



Colegio Gondomar  
 C/ Fuente de las Colmenas nº 12  
 28260 Galapagar

Don.....autorizo al Colegio  
 Gondomar de Galapagar a administrar a mi hijo/a.....  
 el medicamento siguiente:

Nombre.....

Dosis.....

Hora.....

Duración del tratamiento.....

Fecha:

Firma: