

CEIP Joaquín Costa
Graus

D./Dña. _____

solicita al profesorado y/o personal de comedor del C.E.I.P. "Joaquín Costa"

la administración a su hijo/a _____

de la medicación que se detalla en la prescripción médica adjunta y le exime de cualquier responsabilidad derivada de los resultados de dicha administración.

Graus, a de de 20

Fdo.: _____

D.N.I.: _____