****

**AUTORIZACION DE SUMINISTRO DE MEDICACIÓN**

Por la presente autorizo a la Institución a suministrar a mi hija/o

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Con DNI N°……………………………………………..

La siguiente medicación:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Horario:………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Para ser suministrada la medicación, se debe presentar la prescripción médica con firma del profesional, para su archivo en el legajo del estudiante.**

En caso de fraccionar la misma o no enviar con envase que la identifique, consignar a continuación: la envío en ………………………………………………………………………………………………………..

Fecha:

Firma:

Aclaración:

DNI :