



CEIP GUSTAVO ADOLFO BÉCQUER

CURSO 2024-2025

D./DÑA.....

con DNI nº.....como padre, madre, tutor/a del

alumno/a.....del curso.....

Solicito al tutor o tutora suministrar a mi hijo/a la siguiente medicación

(especificar cantidad, horario y duración del tratamiento, en su caso):

.....

.....

.....

Es obligatorio adjuntar prescripción médica

Garrapinillos, adede 20.....

FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR/A