



AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Yo, _____ con D.N.I _____,

autorizo la administración del medicamento _____

_____ a mi hijo/a _____

por parte del personal del Departamento de Educación de BIOPARC Valencia.

INDICACIONES:

Posología: _____

Fecha de administración: _____

Hora de administración: _____

¿Conservación en frío? _____

Fecha: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: