

**AUTORIZACIÓN CUSTODIA E SUMINISTRO DE MEDICACIÓN DURANTE SAÍDA ESCOLAR**

D / D^a _____ con DNI N.º _____ e domiciliado en _____

AUTORIZO a que o profesorado responsable da saída _____

que terá lugar dende _____ a _____, suministre a medicación embaixo referida na pauta que tamén indico ao/á meu/miña fillo/a _____,

alumno /-a do grupo _____ do IES ALEXANDRE BÓVEDA.

Para tal fin, autorizo a que o profesorado responsable custodie a medicación abaixo indicada e achegada por min.

DESCRICIÓN DA MEDICACIÓN

POSOLOXÍA (momento do suministro, situación, dose, etc.)

A indicar co maior detalle posible.

Vigo, _____ de _____ de 2024

Asdo.: o alumno/a pai/nai/titor legal

