



**AUTORIZACIÓN PARA A ADMINISTRACIÓN
DE MEDICACIÓN NA E.I.M.**

D/dona.....,
con DNI nº.....pai, nai, titor/a ou representante legal do/a
nen/a.....

autoriza ao persoal da EIM para que administre ao/á menor a medicación
correspondente (é necesario e imprescindible aportar a receita médica e
autorización do pediatra para acudir á EIM).

Cabana de Bergantiños, de de 201.....

Asinado: