



ESKOLAN BERTAN IKASLEARI BOTIKAK EMATEKO ESKABIDE-ORRIA
SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL CENTRO

Nik, _____
_____, jaun/andreak,

_____ ikaslearen aita / ama / tutorea
naizen honek, zera

D/D^a _____
_____, como padre/ madre/ tutor/a del
alumno/a _____

por la presente

ESKATZEN DUT / SOLICITO

BOTIKA / medicamento:

DATAK / fechas:

Hilabetea:
mes:

Egunak:
días:

DOSIA / dosis:

EMATEKO ORDUA / hora:

Harremanetarako telefonoa(k)
teléfono de contacto

Gure seme-alabaren tutoreari adierazten diot, nire guztizko ardura hartuta
Lo que pongo en conocimiento del Tutor/a de mi hijo/a, bajo mi total responsabilidad.

sinadura/ firma

_____, _____ ko _____-ren _____ an
En _____, a _____ de _____ de _____