



Valladolid , de 20

ACUERDO FAMILIA CENTRO PARA IMPARTIR MEDICAMENTOS

<i>Nombre y apellidos del alumno/a:</i>	
<i>Curso en el que está matriculado:</i>	
<i>Nombre y apellidos del padre o tutor legal:</i>	
<i>Nombre y apellidos de la madre o tutora legal:</i>	
<i>Teléfono de contacto:</i> • <i>Padre/tutor legal:</i> • <i>Madre/tutora legal:</i>	

D/Dña. _____, como padre/madre/tutor/a legal del alumno/a _____

- ☐ Doy mi consentimiento para la administración de los medicamentos detallados durante el tiempo que dure el viaje a Inglaterra (15-22 de febrero de 2026) a los profesores responsables de dicho viaje, si fuera estrictamente necesario.

En _____ a, _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: padre/madre/tutor/a legal del alumno/a

MEDICAMENTOS:.....

.....

.....