**CENTRO/CEIP/CRA:**
SEMANA DE CONVIVENCIA Nº FECHAS:

| **REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN** **OBLIGATORIA** **DE MEDICINAS** | ***El original de este documento debe entregarse firmado y sellado el día de entrada de la convivencia por el maestro acompañante de los alumnos. Las medicinas deben traerlas los maestros acompañantes nunca los propios alumnos.*** |
|---|---|

| **NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO** | **MEDICAMENTO** | **ADMINISTRACIÓN** **(especificar dosis a administrar y la hora –si esta fuera necesaria-)** | | | **AFECCIÓN / ENFERMEDAD** | **OBSERVACIONES** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **MAÑANA (desayuno)** | **TARDE (comida)** | **NOCHE (cena)** | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Vto. Bueno.**
**El Director/a.**

**Fecha.**
*(Obligatorio sello del Centro)*

***(Rellenar tantas hojas como sean necesarias para completar los alumnos enfermos o afectados)*** **Hoja 1**