

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN HORARIO LECTIVO-EXTRAESCOLAR

D/D^a.....

Con DNI.....

Padre/madre/tutor del alumno/a.....

Teléfono de contacto.....

COMUNICA

Que su hijo/a requiere que durante el horario lectivo o extraescolar se le administre el siguiente medicamento/s* (sólo por vía oral):

.....

* Debe adjuntarse documento informativo elaborado por un médico.

SOLICITA y AUTORIZA

Al adulto responsable del alumno en ese momento, a la administración del medicamento anteriormente citado en las dosis y pautas prescritas por el especialista que ha realizado el informe médico, quedando el centro y sus trabajadores EXENTOS de toda RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación.

En Muriedas, a..... de..... de 20.....

Firmado.....

ENTREGAR EN LA SECRETARÍA DEL CENTRO

