



AUTORIZACIÓN PATERNA/MATERNA/TUTOR PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En Las Rozas, ade.....de202

D./D^a....., mayor de edad, con D.N.I.

nº- - - - - , en mi condición de

padre/madre/tutor (tachar lo que no proceda), del alumno del

Colegio de Educación infantil, primaria y secundaria El Cantizal , de nombre -----

....., del curso.....,

SOLICITO y AUTORIZO

Al personal y enfermera del Colegio de educación infantil, primaria y secundaria El Cantizal a administrar a dicho alumno la siguiente medicación pautaada médicamente (según receta o informe médico adjunto), eximiendo de toda responsabilidad tanto al Centro de educación infantil, primaria y secundaria El Cantizal y al personal del mismo, de cualquier consecuencia de toda índole acaecida por dicha administración.

DATOS DE LA MEDICACIÓN:

Nombre del medicamento:.....

Dosis a administrar:.....

Periodicidad:.....

Duración del tratamiento:.....

Y para que así conste a todos los efectos se firma en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento,

Fdo:.....

(padre/madre/tutor)

NOTA: Es absolutamente necesario el informe médico del facultativo para la administración de medicamentos y la adaptación nutricional para elaborar un menú individualizado al alumno o alumna.

La familia deberá proporcionar al colegio el medicamento oportuno y encargarse de renovarlo comprobando su fecha de caducidad. En ningún caso será responsabilidad del Centro avisar a los padres de la caducidad del medicamento para ser sustituido.

No se recibirá medicamento alguno directamente de los niños. Los medicamentos deben ser entregados en correctas condiciones por el padre, la madre o el tutor, preferiblemente a la enfermera del Centro, o si esto no es posible, a un responsable designado (secretaría o tutor).