

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN CUIDADOS MÉDICOS

INSTRUCCIONES PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN: Es necesaria la firma de los dos progenitores/tutores legales.

(En caso de separación legal o divorcio, cuando la patria potestad es compartida, también deben cumplimentarla los dos progenitores/ tutores legales, si no es posible por cualquier circunstancia, el firmante deberá comunicarlo en Dirección, donde se le proporcionará un impreso complementario).

D. _____, con DNI: _____

y D^a _____, con DNI: _____,

padres/ tutores legales del alumno/a: _____

del curso: _____, matriculado en el Centro: _____.

EXPONEN: Que su hijo/a presenta la siguiente patología: _____

por lo que precisa que se le suministren los medicamentos: _____

_____ y

se comprometen a suministrarlos al Centro y a mantenerlos actualizados.

AUTORIZAN al personal de dicho Centro Educativo a administrar la medicación indicada

anteriormente: _____,

eximiéndole de toda responsabilidad que pudiera derivarse de la intervención y/o administración de la medicación que se solicita.

Madrid, _____ de _____ de 20 _____

Fdo: _____

Madre/tutora legal

Fdo: _____

Padre/ tutor legal