



Foto del
alumno/a

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

DATOS DEL ALUMNO/A:

APELLIDOS:				
NOMBRE:				
ETAPA EDUCATIVA:		CURSO Y SECCIÓN		EDAD

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

APELLIDOS:			
NOMBRE:		DNI:	
DIRECCIÓN:			

EXPONE

Primero.

Que mi hijo/a ha sido diagnosticado de _____ a _____.

Segundo.

Que como consecuencia de lo anterior, en determinadas ocasiones, puede sufrir una crisis en su enfermedad que suponga un peligro real y grave para su salud.

Tercero.

Que en esta situación de crisis, necesita con carácter urgente la administración de determinados medicamentos, conforme a las indicaciones que se señalan a continuación:

Casos en que se suministra	
Dosis a administrar	
Forma de administración	

D./Dº _____ en mi calidad de padre / madre / tutor del alumno arriba referido, SOLICITO Y AUTORIZO a que, en situaciones de crisis, se proceda a la administración de la medicación descrita, por parte de su tutor o, en su caso, del profesional bajo cuyo cuidado se encuentre en esos momentos, quedando el Centro y el profesorado EXENTOS de toda RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de esta actuación.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Firma Padre/Madre/Tutor:

