|  |
| --- |
| **AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS** |

Dª/D……………………………………………………………………………….……………………………………………. con D.N.I……………………………………………………………….… como padre / madre / tutor(a) del alumno/a…………………………………………………………………del curso.………...sección……………...

**SOLICITO Y AUTORIZO** al Servicio de Enfermería o al tutor si fuera necesario, mediante el presente escrito, quedando el Centro y el profesorado EXENTOS de toda RESPONSABILIDAD, a administrar al mencionado/a alumno/a, el/los siguiente/s medicamento/s según las pautas posológicas que se detallan a continuación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **DOSIS** | **HORA** | **Nº TOMAS AL DÍA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

En relación a la patología médica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante todo el curso escolar o durante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días. De la misma forma, me comprometo a suministrar a mi cargo la medicación indicada al Centro Nuestra Señora de Lourdes eximiendo al Centro de toda responsabilidad por seguir el tratamiento antes expuesto.

En Valladolid, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20

Fdo:

 (padre / madre / tutor(a) legal)

Adjunto original o fotocopia del INFORME MÉDICO donde se prescribe la medicación indicada.

El Centro Educativo no puede responsabilizarse de la administración de ningún medicamento sin la presente autorización debidamente cumplimentada y si no se adjunta el INFORME MÉDICO.