

AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Nombre y apellidos alumno/a: _____ Curso: _____

Patología: _____

Nombre del medicamento: _____

Ruta de administración (oral, inyectable, etc.): _____

Dosis: _____

Hora a la que debe suministrarse: _____

Período de administración: desde: _____ hasta: _____

D./Dña _____ con

DNI _____ como padre/madre/tutor del alumno arriba indicado y

D./Dña _____ con

DNI _____ como padre/madre/tutor del alumno arriba indicado, por medio de la presente, autorizamos que se le administre a nuestro hijo/a el medicamento descrito anteriormente por parte del personal del centro. Asimismo, nos hacemos totalmente responsables de esta decisión, liberando al Centro de cualquier responsabilidad por cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro del medicamento a mi hijo/a.

Y para que así conste, se firma el presente documento.

Zaratán, a _____ de _____ de 20____.

Padre/madre/tutor

Padre/madre/tutor

Fdo.:

Fdo.: