

(Para alumnos de Educación Primaria)

Estimados padres/madres/tutores:

Con el fin de resolver algunas de las situaciones de salud que habitualmente ocurren durante el horario lectivo y que están relacionadas con la administración de medicamentos, les indicamos algunas medidas adoptadas en el centro escolar y les pedimos que si están de acuerdo firmen la autorización adjunta:

- El medicamento antitérmico que contiene el botiquín escolar es el paracetamol. Si está de acuerdo, autorice su administración en caso de fiebre.
- La dosis que se le administrará a su hijo/a será exclusivamente la autorizada y **solo una vez**. Usted debe acudir lo antes posible a recoger a su hijo/a.
- Cualquier medicamento, a excepción del paracetamol, sólo se administrará con una indicación médica y una autorización expresa de los padres o tutores.
- Recuerde al pediatra el horario escolar para que siempre que sea posible no le pauten medicamentos durante el mismo.

#### AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES

Don....., con DNI nº.....  
y Doña....., con DNI nº.....  
Con domicilio familiar en (Calle, plaza.....),  
nº.....Localidad de.....Distrito Postal..... Tfños:  
familiar.....trabajo.....Móviles:  
padre.....madres.....  
Como padre/madre/tutor legal del alumno/a:.....de  
.....años de edad, matriculado durante el curso escolar 2010-11 en el centro  
educativo CEIP. Ciudad de Roma. Curso.....Grupo.....

**Autorizo al personal del centro donde está escolarizado mi hijo/a a que, en el caso de que durante el horario escolar se le presentase fiebre, se le administre PARACETAMOL con la siguiente pauta:**

- 3-5 años: 200 – 250 mg
- 6-9 años: 300 – 400 mg
- 10-12 años: 500 mg

Marque la opción correcta, consulte con su pediatra si tiene alguna duda.

En Madrid, a.....de.....de 20

Firma del padre/madre/tutor legal