



CEIP "GLORIA FUERTES"

C/ Estación, nº 36

28880 MECO

Tel / Fax: 918861614

E-mail: cp.gloriafuertes.meco@educa.madrid.org

www.educa.madrid.org/cp.gloriafuertes.me

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTO

Nombre del alumno/a: _____ Curso: _____

Patología: _____ (según informe médico)

Nombre del medicamento a administrar: _____

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

Dosis: _____ Hora a la que debe administrarse: _____

Período de administración (fecha): Desde: _____ hasta: _____

D/D^a _____ con DNI _____

Como madre/padre/tutor/a legal del alumno/a indicado arriba, por medio de la presente, autorizo que se le administre a mi hijo/a el medicamento descrito anteriormente por parte del personal del Colegio. Asimismo me hago totalmente responsable de esta decisión, eximiendo al Colegio de cualquier responsabilidad derivada de este hecho, así como de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro del medicamento indicado.

Y para que conste, firmo la presente a ____ de _____ de 20 ____

Nombre y apellidos del firmante: _____

DNI: _____

Firma:

(Sello del centro)
